

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

266
No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Emile Bernard ROUAULT

Né le 28 février 1906 à Pont-Château (Loire-Inférieure)
Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

DE LA

CÉSARIENNE ITÉRATIVE BASSE

Travail de la Clinique Obstétricale
de l'Ecole de Médecine de Nantes

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1933

2

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Emile Bernard ROUAULT

Né le 28 février 1906 à Pont-Château (Loire-Inférieure)

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

DE LA

CÉSARIENNE ITÉRATIVE BASSE

Travail de la Clinique Obstétricale
de l'Ecole de Médecine de Nantes

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.	MAUCLAIRE, HOVELACQUE.
	MULON et VERNE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HALPHEN. . . Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale
 RICHET Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIÈRE. . . Pathologie expérimentale et comparée.
 VALLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT . . .	Clinique obstétricale.
HEITZ BOYER	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé. . .		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions
mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme
propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni impro-
bation.*

A MA MÈRE

A MON PÈRE

le Docteur EMILE ROUAULT

*Témoignage de mon affectueuse
reconnaissance*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

le Docteur OLIVIER ROUAULT

A MON ONCLE

le Docteur JULES SIZARET

Médecin en chef des Asiles Publics d'Aliénés

A Monsieur le Professeur BRINDEAU

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Paris

*Qui a bien voulu nous faire l'hon-
neur de présider cette thèse.*

A MON MAITRE

le Docteur M. LEROUX

Professeur de Clinique Obstétricale

à l'Ecole de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes

*Qui a bien voulu m'inspirer cette
thèse et me guider dans mes tra-
vaux.*

A MES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET AUX HOPITAUX DE NANTES

Stage

les Docteurs GUILBAUD (*in memoriam*)

MIRAILLÉ (*in memoriam*)

Externat

les Docteurs LÉON SOURDILLE

Madame POUZIN-MALÈGUE

Internat

Les Docteurs BENON, BRELET, LE MEIGNEN, TEXIER
(*in memoriam*), LEVESQUE, SÉBILLEAU, LEROUX.

INTRODUCTION

Notre étude sur l'opération césarienne supra-symphysaire itérative s'appuie sur 29 observations recueillies depuis 1926 à l'Hôtel Dieu de Nantes, et dans la pratique privée de nos Maîtres.

L'intérêt de cette étude est multiple, grâce à la répétition des opérations césariennes ou pour contrôler réellement les résultats éloignés d'une première césarienne basse et, occasionnellement, en tirer des déductions sur la technique opératoire et les améliorations qui peuvent y être apportées.

Les constatations recueillies sont, disons-le tout de suite, tout en faveur de la césarienne basse, pratiquée, sur le segment inférieur selon la méthode dont les initiateurs en France ont été les professeurs : Schikele (de Strasbourg) et Brindeau.

Elles ont permis de mettre en évidence la rareté des lésions péritonéales et des adhérences, et, ce qui est capital, la solidité de la cicatrice utérine. Cette dernière est capable de résister non seulement à une épreuve de travail, mais encore à un accouchement par les voies naturelles.

Les résultats de l'opération, tant au point de vue maternel qu'au point de vue de l'enfant sont excellents, et même, ce qui peut surprendre à première vue, meilleurs que lors d'une première césarienne.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, il convient que nous rendions un légitime hommage à la mémoire vénérée de deux de nos Maîtres de l'Ecole de Médecine de Nantes, que l'année 1932 a vu disparaître à peu de temps d'intervalle. Il s'agit du P^r Grosse et du D^r Moissnard, chefs de service des deux maternités de l'Hôtel-Dieu de Nantes. Par les observations recueillies dans leur service et les opérations césariennes itératives faites par eux, ils apportent une contribution posthume et précieuse à notre travail.

Au D^r Castagnary, chef des travaux d'Histologie à l'Ecole de Médecine de Nantes, nous présentons nos sentiments de respectueuse reconnaissance pour l'étude histologique de la cicatrice utérine, étude établie pour nous avec tant d'obligeance.

Enfin, nous rendrons un hommage particulier de profonde gratitude à notre maître, le P^r Maurice Leroux, chirurgien des hôpitaux de Nantes, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine, qui nous a dirigé dans l'étude de ce sujet. Ses conseils éclairés en chirurgie obstétricale, sa grande et continuelle bienveillance à notre égard, ont rendu particulièrement agréable ce travail effectué pendant notre dernier service d'internat à la Maternité clinique de Nantes.

CLASSIFICATION

Notre statistique d'O. C. S. S. itératives peut se répartir en trois groupes suivant les circonstances chirurgicales et obstétricales.

A. — O. C. doubles, la 1^{re} haute, la seconde basse :
4 cas.

2 O. C. I. conservatrices ;

2 O. C. I. avec hystérectomie ;

a) Une fois pour blennorragie et syphilis secondaire ;

b) Une fois pour rupture utérine survenue au moment même de la seconde intervention avant l'incision de la paroi. Enfant vivant.

B. — O. C. Basses doubles : 17 cas ; toutes conservatrices.

C. — O. C. I. Multiples : 8.

a) Conservatrices ; 7 cas dont :

5 cas de 3 O. C. ;

2 cas de 4 O. C.

b) Suivies d'hystérectomie : un cas à la 4^e O. C. en raison du danger de rupture utérine au cours d'une

cinquième grossesse éventuelle ultérieure. Le S. I. s'était montré fort aminci à la 4^e intervention.

Total : 29 O. C. itératives S. S.

Quelques O. C. I. ont été précédées ou suivies d'accouchements par les voies naturelles. Cette association d'accouchements par les voies naturelles avec accouchements précédents ou ultérieurs par O. C. a permis de contrôler l'indication absolue de la césarienne dans les cas envisagés. Les résultats pour l'enfant accouché par les voies naturelles ont été très mauvais avec une mortalité de 75 %. Chez ces mêmes femmes, les enfants nés par O. C. ont tous vécu sauf un.

Les accouchements par les voies naturelles avaient eu lieu par suite d'une indication opératoire non posée pour un premier accouchement ou en raison de la négligence de la parturiente.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Les indications opératoires proviennent dans la majorité des cas de causes maternelles, plus rarement de causes ovulaires.

Dans notre statistique nous ne trouvons qu'une seule fois cette cause ovulaire où l'O. C. I. a été effectuée du fait du volume exagéré de l'enfant. La mère présentait un bassin normal ou limite qui semblait permettre l'accouchement par les voies naturelles. Le premier enfant fut extrait de cette manière, très péniblement, après avoir subi plusieurs applications de forceps. Son poids était de 4 kgs. Il a succombé 20 minutes après l'accouchement d'hémorragie méningée traumatique. Par la suite, cette femme subit 2 opérations césariennes à terme au début du travail, pour volume exagéré des fœtus dont les poids respectifs furent de 5 kg. et de 5 kg. 100. Ces enfants survécurent et présentèrent toujours un bon état physique.

En dehors de ces interventions, de cause ovulaire, toutes les autres O. C. I. eurent une cause maternelle.

Dans l'immense majorité des cas les O. C. I. ont pour étiologie le rétrécissement du bassin maternel ; beau-

coup plus rarement une malformation de l'utérus, des annexes ou des parties molles de la filière génitale.

Nous avons relevé le cas d'une femme présentant un utérus double, les deux cavités étant fonctionnelles.

L'accouchement césarien fut décidé en raison des mauvais antécédents obstétricaux de cette femme. En 3 ans, elle eut, en effet, 2 grossesses suivies d'accouchements par les voies naturelles au voisinage du terme. Ces accouchements furent pénibles (présentation du siège) et les 2 enfants succombèrent quelques heures plus tard.

Les 2 O. C. S. S. effectuées ensuite sur l'utérus droit permirent d'extraire deux enfants bien constitués et qui ont survécu.

M. Max Cheval rapporte à la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique en juin 1930 un cas d'O. C. I. pour utérus et vagins cloisonnés :

« Chacun des conduits vaginaux était trop étroit pour admettre le passage d'une tête fœtale. Un peu avant le terme, l'auteur pratique une O. C. sur la corne utérine droite hypertendue. 5 ans après, il est amené à refaire la même intervention pour une nouvelle grossesse, logée aussi dans l'utérus droit. Il termine par une stérilisation ».

Dans tous les autres cas de notre statistique, c'est à dire 27 fois sur 29, les O. C. eurent lieu du fait du rétrécissement du bassin maternel.

Si l'on examine les anomalies pelviennes en cause, nous trouvons un cas d'achondroplasie contre 26 cas de rachitisme. Dans cette dernière affection les bassins

généralement rétrécis semblent deux fois plus fréquents que les bassins plats.

Ces lésions pelviennes entraînent, cela va de soi, toutes choses égales du côté du fœtus, des indications qui se reproduisent dans les mêmes conditions à chaque accouchement.

Il faut cependant n'être pas absolu et formuler des réserves au sujet des cas de bassins limite avec une atrésie des parties molles. Lors d'un premier accouchement la parturiente peut se présenter en état de pléthore qui retentit sur le volume exagéré de l'enfant, sur la tonicité excessive des parties molles. Il en résulte un supplément de dystocie qui s'ajoute à la sténose modérée du bassin et l'aggrave d'autant, entraînant la décision opératoire. Cette dystocie supplémentaire peut parfois (obs. 19) ne pas se reproduire aux accouchements suivants, permettant l'expulsion par les voies naturelles.

DATE DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Sur un utérus gravide à terme, dont le segment a déjà été incisé une ou plusieurs fois, le moment opportun de l'O. C. I. formellement indiquée est très important à préciser.

Comme dans toute intervention obstétricale, il faut envisager les risques maternels et les risques fœtaux.

Pour la mère les risques semblent plus augmentés que pour l'enfant en raison des modifications cicatricielles ajoutées aux anomalies constitutionnelles.

Il existe deux principaux repères pour fixer de manière opportune le moment de l'intervention :

Le travail et l'état de la poche des eaux.

A. — Date de l'opération césarienne itérative par rapport au travail

1° **AVANT LE TRAVAIL** : L'intervention eut lieu 3 fois avant le début du travail dans le voisinage du terme.

Chez une achondroplasique.

Chez une seconde césariotomisée par crainte de rupture utérine.

Enfin chez une 4^e césariotomisée après rupture spontanée des membranes sans colique utérine.

2^o AU DÉBUT DU TRAVAIL : Les auteurs semblent être d'accord sur cette règle fondamentale d'attendre ce moment pour inciser de nouveau l'utérus. Les risques maternels (rupture utérine) sont minimes si l'opération est effectuée dans les 2 premières heures du travail méthodiquement observé.

Nos observations montrent que les O. C. I. faites à ce moment ont donné les meilleurs résultats pour la mère et pour l'enfant.

Nous relevons 16 cas de ce genre où il n'y eut pas d'épreuve du travail proprement dite, c'est-à-dire l'attente de fortes contractions susceptibles de faire progresser la présentation. L'O. C. I. fut pratiquée systématiquement (étant donnée la notion formelle de bassin infranchissable), au début du travail, attendu seulement pour marquer la fin de la grossesse.

La rupture utérine a été observée une fois dès le début du travail chez une III^e pare qui avait eu en 1927 un accouchement, par les voies naturelles, très pénible. Le poids de l'enfant était de 4200 grammes. Cet enfant est mort 20 minutes après l'extraction.

En 1928 cette femme eut une seconde grossesse suivie d'une O. C. haute avec enfant vivant de 5000 gr. La rupture utérine se produisit en 1930 à la 3^e grossesse au moment même où l'on préparait l'intervention supra-symphysaire. Les coliques utérines existaient depuis quelques minutes seulement.

La rapidité d'exécution de la césarienne permit d'ex-

traire un fœtus vivant du poids de 5100 gr. extraction suivie d'hystérectomie (obs. n° 4).

Nous remarquons dans ce cas de rupture utérine 3 points particuliers :

1° Le volume habituellement exagéré de l'œuf ;

2° La césarienne itérative supra-symphysaire n'avait été précédée que d'une seule césarienne corporéale 2 ans plus tôt. La cicatrice corporéale ne semble donc pas plus solide que la cicatrice segmentaire ;

3° La rupture utérine s'est produite au début du travail.

3° APRÈS L'ÉPREUVE DU TRAVAIL. — L'épreuve du travail fut réalisée plus ou moins longuement dans tous les autres cas.

Parfois l'épreuve du travail, a été faite non de propos délibéré mais imposée par les circonstances extra-obsétricales (hésitation de la parturiente ou de son entourage pour une nouvelle intervention sanglante), éloignement d'un centre chirurgical, etc...).

Les autres fois, le travail fut voulu, dans des circonstances où l'on pouvait espérer l'accouchement par les voies naturelles (bassins limite).

Cette épreuve du travail fut effectuée en toute connaissance de causes, avec surveillance attentive de l'état de l'utérus et des bruits du cœur fœtal.

Le signe de Bandl fut particulièrement recherché comme indice de rupture imminente de l'utérus. Mais c'est un signe tardif, donc dangereux. Dans nos observations, il ne fut constaté que 2 ou 3 fois où la laparotomie montra l'extrême minceur du S. I.

Ce signe de l'ascension de l'anneau de Bandl est d'ailleurs probablement modifié par la présence de la cicatrice de la première O. C.

L'intervention elle-même ne fut pas plus compliquée dans sa technique lorsque l'on fit l'épreuve du travail. Il est arrivé de constater au cours de l'épreuve du travail des signes de souffrance du fœtus : bruits du cœur un peu modifiés, expulsion de méconium. De telles constatations comportent une indication d'opérer d'urgence et par conséquent marquent les limites de l'épreuve du travail. On ne saurait trop insister sur l'attention qu'il faut porter à la surveillance de la vitalité fœtale.

En fait, nous ne remarquons l'existence d'aucun décès de l'enfant imputable à l'épreuve du travail. Tout au plus, l'enfant est-il né parfois étonné sans que la durée des contractions ait toujours été la seule responsable de cet état de chock fœtal.

Dans le but de connaître l'avenir éloigné des femmes ayant subi une opération césarienne basse et d'être fixé sur la conduite à tenir en cas de grossesse ultérieure, MM. Anderodias et P. Balard ont ouvert une enquête auprès des gynécologues et obstétriciens de langue française. Les opinions avec quelques nuances individuelles, sont concordantes et se trouvent résumées dans la phrase de Rhenter : « La sécurité utérine plus grande que donne la césarienne basse, milite, aux accouchements ultérieurs, en faveur d'une épreuve du travail dont l'issue pourra parfaitement différer de la conduite tenue lors du premier accouchement ».

**B. — Date de l'opération césarienne itérative S. S.
par rapport à l'état des membranes**

1° AVANT LA RUPTURE DES MEMBRANES : Les O. C. se répartissent ainsi ;

Avant tout travail : 2 cas ;

Au début du travail : 18 cas ;

Après l'épreuve du travail 12 cas ;

2° AVANT LA RUPTURE DES MEMBRANES :

Avant le travail : 1 cas ;

Au début du travail : 0 cas ;

Après l'épreuve du travail : 5 cas.

Dans cette dernière série d'intervention faites après l'épreuve du travail, deux fois les membranes étaient rompues pour l'une depuis plus de 24 heures pour l'autre depuis plus de 48 heures. Même dans ces cas extrêmes, l'ouverture prématurée de l'œuf n'eut aucun mauvais effet sur la technique et le résultat de l'opération.

TECHNIQUE

I. — Anesthésie

A. — RACHIANESTHÉSIE :

Pour les mêmes raisons qui ont fait utiliser la rachi pour la première césarienne, nous lui donnerons la préférence pour pratiquer la ou les opérations césariennes itératives. Seule en effet le rachi permet de faire la section utérine sans hémorragie, parfois au prix d'une hémorragie minime. Elle facilite la rétraction de l'utérus ; elle procure un silence abdominal complet avec paralysie momentanée des muscles abdominaux. Elle n'est pas dangereuse si l'on se réfère aux cas de notre statistique. L'accès de vomissements de la 20^e minute est loin d'être constant. Souvent l'opération tout entière s'est passée sans incident de cet ordre. L'anesthésie rachidienne a donc été répétée 2, 3 fois et plus sur le même sujet sans réaction particulière ultérieure.

B. — ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.

a) Comme complément de la rachi. Il s'agit de cas, non exceptionnels, où la rachi ayant été correctement

exécutée, la femme se plaint de sentir l'incision pariétale. Le sujet est ici soit franchement névropathique, soit en état d'angoisse préopératoire, comme sensibilisé par la première raché. Il est très facile d'émousser la sensibilité de certaines parturientes à condition que l'opération ne soit pas urgente. Une injection sous-cutanée de pantopon, spasmalgine ou morphine faite une heure avant suffit en général. Lorsque le temps presse, il est nécessaire de faire inhaler un peu de chloroforme, de mélange de schleich ou mieux de chlorokélène dont l'action hypnotique légère est plus rapide encore. La contre-partie de cette anesthésie complémentaire c'est l'effort de poussée réflexe gênante et dangereuse lorsque le ventre est ouvert. A part les cas de femmes particulièrement indociles (il s'en rencontre) l'anesthésie de complément est momentanée et l'on s'aperçoit vite que, dès l'incision utérine, la femme n'accuse plus de sensation douloureuse et l'opération se termine sans autre anesthésique que la raché.

b) En cas d'échec de la raché :

1° Soit impossibilité de faire la P. L. C'est très exceptionnel. Il faut savoir que chez certaines femmes obèses, l'aiguille ordinaire de 12 cm. de longueur est trop courte et qu'il faut l'enfoncer jusqu'au talon et même déprimer la peau en capiton pour atteindre l'espace sous-arachnoïdien. Il faut aussi savoir que l'espace sacro lombaire est plus large et parfois plus accessibles que les interstices supérieurs. Nous préférons généralement cet espace intervertébral sacro-lombaire;

2° Soit absence d'anesthésie régionale malgré la rachi réussie. Cet échec absolu est très rare. Dans la plupart des cas la rachianesthésie a donné un résultat incomplet, surtout apparent aux plans superficiels).

Si certaines rachianesthésies itératives se sont montrées moins satisfaisantes qu'une première rachi, c'était surtout en raison de l'anxiété et de l'énervement de la parturiente.

L'anesthésique utilisé a été presque toujours la scurocaïne en solution à 4 %. La percaïne fut utilisée moins souvent, sans différence sensible avec le premier produit. Il a été ajouté à ces produits des injections sous-cutanées de tonicardiaques au cours même de l'opération : huile camphrée, strychnine et spartéine, caféine, éphédrine.

II. — Précautions pré-opératoires habituelles :

1° S'assurer de la position du fœtus ;

2° S'assurer de sa viabilité par des auscultations répétées. La grande valeur de ce signe s'est parfois montrée infidèle. Il n'est pas rare de trouver des bruits du cœur fœtal excellents juste au moment de l'opération et d'extraire quelques minutes plus tard un fœtus soit couvert de méconium, soit en état de mort apparente et difficile à ranimer ;

3° S'assurer de la vacuité de la vessie. Nous employons une sonde en gomme droite choisie pour sa longueur et sa rigidité relative. Elle ne s'écrase pas entre la tête fœtale et le pubis comme une sonde en caoutchouc et

ne traumatise pas (fausse route) comme une sonde en métal ou en verre ;

4° Désinfection du champ opératoire, consistant essentiellement en application de teinture d'iode sur la peau et injection vaginale formolée ;

5° Ne jamais lavement la parturiente immédiatement avant l'opération lorsqu'on utilise la rachianesthésie. Cette dernière paralyse le sphincter en relâchement. Le ramollissement des matières fécales par lavement risquerait donc d'inonder la vulve de matières au cours de l'opération elle-même, d'où grave danger d'infection ;

6° Mise en place d'un pied de valve de Doyen ou autre ;

7° La mise en position de Trendelenbourg est progressive et faite en plusieurs temps. Inversement la position horizontale de la parturiente n'est rétablie que lentement vers la fin de l'opération. L'expérience a montré que le choc anesthésique était beaucoup plus rare et moins grave lorsque ces mouvements des inclinaisons dans l'un ou l'autre sens étaient effectuées très lentement.

Notre observation 28 signale un état de schock très grave heureusement guéri, que nous attribuons au relèvement trop brusque de la femme.

III. — Temps opératoire

1° Résection de la cicatrice cutanée de la première opération césarienne. On applique une pince à chaque

extrémité de cette cicatrice que l'on circonscrit au bistouri puis on enlève ce lambeau de peau.

2° Incision de la paroi abdominale. Les plans que l'on découvre alors ne sont plus anatomiques ni nettement identifiables. Ils constituent plutôt un feutrage fibro-aponévrotique dense et solide, ou bien parsemé de zones lacunaires avec éventration. L'incision est d'autant plus prudente que les plans et les repères sont moins différenciés. Si on hésite il est préférable de passer latéralement en tissu neuf. Le péritoine est ouvert dans la partie haute de l'incision. Le danger fréquent est de trouver la vessie plus ou moins adhérente à la paroi. Il faut également veiller aux anses intestinales, aux adhérences utéro-pariétales, épiploïques, dans des positions anormales.

3° Le ventre une fois ouvert il faut exposer le S. I. Dans les cas faciles, la technique est la même que lors de la première O. C. Après la mise en place de la valve sus-pubienne, on dispose 3 grandes compresses abdominales protectrices : l'une médiane et deux latérales dans les fosses iliaques. Pour glisser ces compresses sous la paroi il est pratique de récliner cette dernière à l'aide d'une valve vaginale tenue par l'aide. L'écarteur de Dartigues est ensuite appuyé sur les compresses latérales.

Les difficultés de ce temps d'exposition du S. I. proviennent surtout :

a) Soit des adhérences : utéro-pariétales, épiploo-pariétales, épiploo-utérines, iléo-utérines (rares) ;

b) Soit de la disposition anormale de la S. I. et de son défaut d'ampliation ;

c) Soit des positions vésicales gênantes : il peut exister malgré le sondage une réplétion partielle de la vessie. Parfois la vessie, même vide, remonte sur le S. I., disposition anatomique acquise par l'attraction d'un lambeau de péritoine vésical.

4° Taille et dissection des lambeaux péritonéaux. Le péritoine qui recouvre la vessie apparaît toujours modifié par la 1^{re} O. C. Il a subi le décollement, le recouvrement en redingote et des sutures. On voit souvent un petit bourrelet transversal qui marque la limite supérieure du lambeau péritonéal inférieur. C'est à ce niveau qu'on essaiera d'inciser le feuillet séreux. On le soulèvera au milieu du S. I. à l'aide d'une pince et on amorcera l'incision qui sera poursuivie à droite et à gauche à l'aide de ciseaux courbés sur le plat. La difficulté commencera au décollement des lambeaux péritonéaux, en raison de la minceur de ces feuillets, de leur adhérence au S. I. et du défaut d'ampliation du S. I. On y réussit assez bien pour le feuillet inférieur qui est élevé dans le cul-de-sac vésico-utérin. La difficulté est plus grande pour le feuillet supérieur ; très fragile, réduit à une mince pellicule, il se rompt sans effort. La zone de clivage est réduite par comparaison avec la première opération. De la sorte, pour obtenir une zone suffisante d'hystérectomie, on est très fréquemment obligé de terminer la dissection du feuillet supérieur en emportant avec ce feuillet un peu de muscle utérin. Ces difficultés propres aux O. C. itératives pro-

viennent du recouvrement des 2 lambeaux et aussi du froncement des tissus séreux. Le résultat est une diminution de la surface de décollement du S. I. Cette surface de lâche adhérence primitive est encore diminuée par le surjet musculo-musculaire destiné à recouvrir la suture à points séparés.

5° Incision utérine. Le S. I. une fois dénudé présente un aspect variable : parfois sans aucune trace macroscopique de la cicatrice première, parfois la cicatrice apparaît nacrée. Les tractus fibreux qui la constituent se croisent irrégulièrement.

Dans tous les cas, la région du S. I. cicatricielle est solide et il n'y a pas de risque de la voir se rompre dès le début du travail. L'accouchement naturel et spontané est possible après une ou plusieurs opérations césariennes basses. (obs. 19, bassin limite, d'une femme ayant accouché spontanément entre la 1^{re} et la 2^e O. C. B.) Le S. I. est en général moins souple, moins extensible et sa surface est moins grande que lors de la 1^{re} O. C. L'incision débutant sur la partie moyenne sera tracée à grands traits franchement et rapidement, en veillant à ne pas blesser l'enfant. L'aide récline les lambeaux péritonéaux supérieur et inférieur avec des valves vaginales et des écarteurs de Farabeuf. On sera parfois obligé de poursuivre l'incision supérieure au-delà du lambeau supérieur jusque sur le corps utérin reconnu à sa plus grande épaisseur. L'instrument utilisé est soit le bistouri boutonné, soit de forts ciseaux.

6° Accouchement césarien sus-symphysaire (Fruhinshtoz). Cette hystérotomie ouvre en général les mem-

branes de l'œuf. L'accouchement se présente parfois très facile si la tête est élevée : une simple pression faite par l'aide de chaque côté, énuclée assez facilement la tête hors de l'incision utérine. Cette tête est alors saisie et le fœtus est tiré en dehors dans l'axe du corps utérin. Dans les cas plus difficiles (tête fixée parfois profondément) le forceps est utile. On ramène à l'aide du doigt la tête du fœtus dans la plaie. Cette rotation généralement facile place la tête symétriquement. L'application des cuillers de Tarnier est alors facile et l'on peut sans hésitation extraire la tête fœtale. Cette façon de faire est véritablement un accouchement sus-symphysaire suivant l'expression de Fruhinshotz. Elle a pour nous l'avantage de sa rapidité. Ramenant d'emblée la bouche fœtale à l'air, elle évite la respiration de mucosités et de liquide amniotique, si des mouvements respiratoires prématurés étaient déclenchés par des manœuvres manuelles prolongées d'extraction. Elle a aussi l'avantage pour la mère d'éviter des manipulations souvent laborieuses dans l'utérus qui expose à des agrandissements excessifs de la brèche utérine.

7° Délivrance artificielle. Comme le précédent, ce temps ne présente rien de spécial à l. O. C. itérative. Il se pratique par expression utérine progressive, lente, à la Crédé. Cette méthode est intéressante puisqu'elle évite d'introduire la main dans l'utérus, mais elle expose à la rétention cotylédonaire si l'on ne revise pas soigneusement le placenta. Si cette expression utérine est insuffisante il est nécessaire de faire le décollement manuel du placenta. D'une façon comme de l'autre, il

faut éviter de laisser des membranes dans la cavité utérine.

8° Suture de la paroi utérine.

a) L'utérus vide se remplit de sang qui s'écoule de la plaie placentaire. L'abondance de l'épanchement dépend de la valeur de la contraction utérine, nettement augmentée en général par la rachianesthésie. Le plus souvent cette hémorragie est, grâce à cela, modérée. Il se peut cependant que cette hémorragie plus importante déborde les parois utérines et inonde rapidement le champ ; d'où une grande gêne pour la suture utérine. Il faut se souvenir que cette hémorragie cesse la plupart du temps lorsque la cavité utérine est totalement fermée, comme si la plaie placentaire avait besoin d'un point d'appui sans solution de continuité pour fournir son effort ;

b) Partant de cette notion, on effectue rapidement la suture, ce qui n'exclut pas le soin et l'attention. Se débarrassant du sang liquide et coagulé (compresses abondantes ou aspirateur électrique) on suture à points séparés, par intervalles de 15 mm. au catgut n° 2, jamais de fils de lin et de soie qui exposent à la suppuration et aux fistules.

Cette première ligne de suture fondamentale intéresse toute l'épaisseur du muscle utérin. On suture avec beaucoup de précaution l'angle inférieur que l'on attire de proche en proche à l'aide de points successifs. Cette technique est commune aux opérations césariennes supra-symphysaires ordinaires.

Comme particularité propre à la césarienne itéra-

tive, rappelons que lorsque la première O. C. a été « impure » la cicatrice rencontrée peut être très amincie ou encore très fibreuse. Il y a intérêt alors à la réséquer pour affronter par la suture totale des surfaces musculaires épaisses, étoffées et vasculaires.

c) Suture musculaire en surjet pour recouvrir la suture utérine totale. La césarienne itérative ne la modifie pas. Elle sera faite de préférence en commençant par le bas, ce qui est facile, pour finir par le haut. Un détail particulier est à noter, c'est que la contraction utérine a froncé la partie supérieure de la section utérine. Il en résulte que le surjet musculaire est gêné dans sa partie supérieure par le lambeau péritonéal supérieur qui tend à le recouvrir. Il est utile et facile de le élever à petits coups de ciseaux.

La suture utérine une fois achevée, la zone utérine cruentée apparaît plus réduite que lors de la 1^{re} césarienne. C'est le résultat des affrontements et froncements successifs des sutures et particulièrement des sutures musculo-musculaires. Il y a donc avantage à ne pas trop prendre de muscles dans ces sutures si l'on ne veut pas trop diminuer l'extensibilité ultérieure du S. I.

9° Péritonisation. Résulte du rabattement l'un sur l'autre d'abord du lambeau péritonéal supérieur utérin puis du lambeau inférieur vésical.

La taille des lambeaux ayant été très différente et souvent plus difficile que lors de la 1^{re} O. C., les difficultés vont se retrouver lors de la péritonisation.

Les lambeaux du péritoine sont en général moins élastiques, moins souples, moins étoffés. Le recouvre-

ment par doublement en revers de redingote est donc nécessairement moins étendu.

Le lambeau supérieur est assez souvent entamé par la section césarienne qui déborde sur le corps utérin. Cette disposition impose de croiser l'un sur l'autre transversalement les deux demi-lambeaux supérieurs. On les fixe par quelques points séparés avec une aiguille fine et du catgut.

Rien de spécial pour le lambeau vésical à part son manque de souplesse qui expose à la déchirure des points. Il est rare que ces difficultés empêchent de reconstituer le recouvrement péritonéal.

Il se produit souvent des hémorragies par l'aiguille. Elles sont arrêtées par des points en U. Elles sont d'autant plus graves qu'elles sont plus loin de la ligne médiane de l'utérus et peuvent entraîner l'hystérectomie, dans des cas heureusement rares.

10° Suture de la paroi abdominale. Après révision et assèchement des fosses iliaques, on refait la paroi abdominale. La technique en est banale et comprend successivement :

- un surjet péritonéal ;
- des points en X au catgut sur les plans aponévrotiques épaissis et fibreux. Leur résection est parfois utile ;
- surjet graisseux sous-cutané ;
- Affrontement de la peau par agrafes de Michel ou aux crins.

Le pansement est constitué par quelques compresses fixées à l'aide d'un large leucoplaste perforé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La réitération d'une opération abdominale dans des conditions identiques à la première offre l'occasion (unique en chirurgie abdominale) d'un contrôle direct de cette première opération et de ses conséquences éloignées, vérification qui n'est pas sans présenter à l'observateur un intérêt de tout premier ordre. Les lésions qui sont ainsi constatées siègent aux différents plans traversés et intéressés lors de l'opération initiale.

Paroi abdominale

L'éventration vraie est rare. Pour qu'elle intéresse exceptionnellement la totalité de la cicatrice, il faut une désunion complète de la suture abdominale, dans toute l'épaisseur de ces différents plans. Il faudrait une suppuration étendue et profonde que nous n'avons pas encore constatée.

Parfois l'éventration est partielle. Elle siège en un point quelconque de la cicatrice, s'étant produite à la faveur d'un hématome profond ou d'une résorption trop précoce du catgut.

La cicatrice cutanée est toujours pigmentée par la nouvelle grossesse. Elle est parfois chéloïdienne, surtout si la seconde grossesse a suivi de près la première.

Les plans aponévrotiques qui ont reconstitué la ligne blanche l'ont rendue épaisse, irrégulière, fibreuse. Il peut être utile de la réséquer.

Le péritoine est adhérent directement et intimement à ce feutrage fibreux. Il est utile de tenir compte de ce rapport intime pour ouvrir en toute sécurité la cavité abdominale.

Péritoine

C'est le propre de la césarienne basse et c'est aussi son très grand avantage sur la césarienne haute que de ne donner qu'un minimum de lésions péritonéales.

Il est peu commun (1/4 des cas à peine) de rencontrer des adhérences. Leur disposition est variable. Les plus fréquentes sont celles contractées par le tablier épiploïque avec la paroi abdominale et avec l'utérus.

Ces adhérences peuvent parfois s'étendre en une nappe continue ou fenêtrée, jusqu'à la vessie. Il est nécessaire de les sectionner. Il est rare que ces adhérences donnent lieu à de grandes difficultés opératoires. Elles commandent en tout cas un temps opératoire supplémentaire et préalable avant d'aborder le segment inférieur.

Il est rare, mais possible de rencontrer des adhérences entre une anse grêle et la paroi abdominale ou l'utérus.

Vessie

La vessie a subi, du fait de la première opération, une ascension artificielle parfois si importante qu'elle arrive à masquer plus ou moins complètement le segment inférieur de l'utérus.

Segment inférieur

a) Revêtement péritonéal. Le péritoine y apparaît plus ou moins modifié et altéré. En général, on peut y discerner deux parties séparées par la ligne transversale d'une sorte de bourrelet péritonéal.

Au-dessus, la zone décollable est revêtue d'une pellicule péritonéale transparente, véritable feuillet pellucide qu'il faut manipuler avec une grande légèreté de main, sous peine de le voir se déchirer ou se perforer.

Au-dessous, au contraire, le péritoine est épais, double, et cette lame solide attenante à la vessie peut être tendue sans crainte. Le décollement en est plus ou moins facile mais toujours possible.

b) Zone décollable : Elle apparaît réduite d'étendue.

c) Paroi utérine proprement dite : La cicatrice de l'incision et de la première suture se confond en général avec le tissu utérin voisin. Parfois, il existe un aspect cicatriciel marqué par une intrication de fibres conjonctives musculaires se croisant dans tous les sens.

Dans certains cas, la fusion de la première suture est telle que l'histologie seule, peut donner la certitude qu'on est en tissu cicatriciel. Sous le bistouri, cette

zone est peut être un peu plus dure, plus scléreuse. Elle paraît assez souvent amincie.

Prélevant des fragments dans cette zone cicatricielle et examinant les coupes histologiques intéressant ce tissu, nous nous sommes rendu compte que la réparation du muscle utérin au segment inférieur se fait grâce à du tissu conjonctif interposé assez largement.

A titre d'exemple, voici le témoignage d'un examen histologique fait par le docteur Castagnary, chef des travaux d'histologie à l'Ecole de Médecine de Nantes :

« Etude d'un segment d'utérus gravide à terme prélevé
« au niveau d'une cicatrice de césarienne basse ancienne
« de deux ans, au cours d'une césarienne basse ité-
« rative ».

Le prélèvement comprend la couche péritonéale et le muscle sous-jacent sans intéresser la muqueuse.

Sur la pièce fraîche, le myomètre de coloration rouge présente de petits tractus blanchâtres.

Pièce fixée au liquide de Bouin.

Inclusion à la paraffine.

Coloration des coupes à : Hématéine, éosine, hématoxyline Weigest, Van Giesen, Trichumède Masson mallonyphosphotungstique.

Hématoxyline ferrique de Heindenhaim

Orcéinacule de Taenzer

« A l'examen des coupes, on note la présence de tissu fibreux très abondant disposé en plages étendues, en anneaux épais ou en tractus plus ou moins déliés, morcelant le myomètre. Ce tissu conjonctif est, en certains points, fibrillaire avec infiltration oedémateuse, mais

surtout dense, fibreuse avec rares fibroblastes. Il ne contient pas de fibres élastiques. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont normaux.

« Les fibres lisses utérines se présentent sous différents aspects : les unes, comme dans tout utérus gravide à terme, sont hypertrophiées avec myofibrilles nettes, en particulier dans la zone sous-séreuse. Les autres sont en voie d'atrophie à tous les stades, avec perte de la fibrillation, et disparaissent totalement dans les zones scléreuses.

« En résumé, il s'agit de tissu cicatriciel fibreux développé dans le muscle utérin. » (Docteur Castagnary).

L'intérêt théorique de cette détermination dans la cicatrice d'une prédominance ou d'une exclusivité des tissus musculaires fibro-conjonctifs ou élastiques étant mise à part, il n'en reste pas moins que, dans la plupart des cas, la cicatrice du segment inférieur est pratiquement très résistante : elle peut victorieusement résister aux efforts et à la tension d'un accouchement nouveau, même lorsque celui-ci se passe par les voies naturelles.

Cette constatation des faits consacre la valeur de l'opération césarienne basse.

Dès 1927, Paul Trillat, de Lyon, concluait après deux opérations basses itératives :

« Nous pouvons dire que, ni par la vue, ni par le toucher, il n'était possible de trouver sur le muscle utérin des traces de la première intervention. Pas d'amaigrissement anormal, comme cela se voit si souvent dans le cas de césarienne corporéale. Dans la se-

conde observation, on notait seulement quelques traînées blanchâtres transversales sur le péritoine. »

En 1929, M. G. Dujol présente à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon une seconde opération césarienne basse pour bassin oblique ovalaire de Naegele, avec 4 ans d'intervalle entre les deux opérations.

« Il semble que dans ce cas, la reconstitution anatomique ait été aussi parfaite que possible et que la malade ait abordé sa seconde grossesse dans d'excellentes conditions.

«... Théoriquement du moins, la cicatrice sur le S. I. devrait être meilleure que sur le corps utérin, car dans la césarienne corporéale, les sutures sont situées en plein tissu musculaire utérin qui ne cesse de se contracter pendant les suites de couches. Au contraire, le S. I. est une zone de moindre activité pendant cette période ; la suture, mieux au repos, a donc plus de chances d'amener une coaptation plus exacte.

« Enfin le placenta a beaucoup moins de raisons de s'insérer au voisinage de la cicatrice au cours d'une nouvelle grossesse ».

SUITES OPÉRATOIRES

A. — Pour la mère

La mortalité est nulle.

Nous relevons plusieurs cas de morbidité dus plus souvent à l'état de puerpéralité qu'à la répétition de la césarienne basse.

4 femmes ont présenté de la lymphangite du sein avec fièvre. L'évolution fut bénigne.

Une femme eut de l'infection utérine limitée sans réaction péritonéale. Cette infection se traduisit seulement par des lochies fétides, un utérus douloureux et une température modérée pendant 4 ou 5 jours.

Une autre femme atteinte de blennorragie grave subit une hystérectomie après la seconde césarienne. Les suites opératoires furent aussi bonnes que possible, avec seulement 4 jours de température sans réaction péritonéale et guérison complète en 20 jours.

Nous notons 4 ou 5 cas de désunion de la paroi sans température, désunion provoquée par un hématome sous-cutané.

Après les opérations césariennes itératives on ne remarque l'apparition que d'une seule phlébite et d'aucune

septicémie. Par contre, deux parturientes avaient présenté des signes assez graves de phlegmatia après leur première césarienne.

Les modifications anatomiques cicatricelles consécutives à une première intervention ne semblent donc pas augmenter les risques d'infection. Ces derniers sont du reste diminués du fait des circonstances opératoires de la césarienne itérative : c'est une opération généralement prévue où les précautions pré-opératoires et les règles de l'asepsie sont plus respectées et plus facilement exécutées.

La rachianesthésie, souvent itérative elle-même, n'a provoqué d'accidents graves qu'une seule fois : lipothymie à la fin d'une 3^e opération césarienne. Les troubles syncopaux ont duré environ une heure et se sont heureusement terminés après le traitement toni-cardiaque habituel.

Cet accident semble avoir été nettement provoqué par la rachianesthésie ; mais la parturiente avait été remise trop brusquement de la position de Trendelenburg à la position horizontale.

Par la suite, le principe de l'inclinaison très lente de la parturiente, avant et après l'opération sous rachianesthésie, fut rigoureusement suivi et le choc anesthésique ne fut plus observé.

B. — Pour l'enfant

1^o MORTALITÉ : Un seul enfant est mort au moment de l'extraction. On avait utilisé l'aspirateur électrique

pour enlever les mucosités et le sang contenus dans la bouche et le pharynx du fœtus. Après quelques mouvements respiratoires, cet enfant succomba d'œdème pulmonaire aigu dû vraisemblablement à l'aspiration électrique trop brutale.

Nombre d'enfants ayant survécu (10 jours au moins) :
38.

2° MORBIDITÉ : 4 enfants succombent quelques mois ou quelques jours après leur naissance de maladies intercurrente ou par suite de débilité congénitale.

3 enfants sont nés étonnés et facilement ranimés.

3° Résultat comparé pour les enfants accouchés par les voies naturelles (accouchement ayant précédé ou suivi les opérations césariennes).

Il y eut 15 accouchements par les voies naturelles associés ainsi aux opérations césariennes itératives.

Des 15 enfants nés de cette manière 5 seulement ont survécu. 4 d'entre eux sont nés avant les opérations césariennes, le 5^e est né par les voies naturelles, deux ans après une opération césarienne basse. Le poids exact de cet enfant est inconnu, mais il était petit, fut expulsé spontanément à terme et survécut. La mère présentait un bassin généralement rétréci.

Les 10 autres enfants sont morts au cours de l'extraction ou quelques heures après.

Ces accouchements par les voies naturelles ont tous été effectués avant les opérations césariennes. Ils furent laborieux et ont presque tous nécessité une ou plusieurs applications de forceps.

Dans cette dernière série les dystocies en cause se répartissent de la façon suivante :

8 cas de bassin rétréci.

1 cas de volume exagéré de fœtus et bassin maternel limite.

1 cas d'utérus double avec bassin normal chez une secondipare à terme avec présentation du siège et pro-cidence du cordon. Le 1^{er} enfant de cette femme était né prématurément à 7 mois ; expulsé rapidement, il ne survécut que 48 heures. Cette femme subit ensuite 2 opérations césariennes l'une dans l'utérus gauche, et la seconde dans l'utérus droit qui donnèrent 2 enfants vivants.

OBSERVATIONS

Obs 1. — Madame G...

Antécédents obstétricaux : En septembre 1921, 1^{re} grossesse à terme O. C. corporéale pour bassin généralement rétréci. Enfant vivant de 3250 grs.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : Entre de nouveau à la M/C. le 9 octobre 1926 pour seconde grossesse à terme. Début de travail le 15 octobre. Présentation de l'épaule.

Indication opératoire : OC. S. S. itérative en raison du bassin rétréci, de l'épreuve négative du travail et des antécédents.

Opérateurs : D^{rs} Grosse et Leroux.

Date de l'opération : le 15 octobre 1926 au début du travail.

Anesthésie : Générale au schleich.

Technique opératoire : Fœtus en position transversale. Par l'incision utérine, on attire un pied foetal puis le second. Extraction du fœtus par le siège. Délivrance artificielle et complète. Suture facile des différents plans. L'utérus se contracte ensuite très bien. On enlève soigneusement tous

les caillots de la cavité abdominale. La péritonisation est aisée. Suture de la peau aux crins de Florence.

Enfant : masculin de 3420 grs. Crie aussitôt l'extraction, puis se tait. Assez difficile à ranimer. Mais bon état physique ensuite.

Suites opératoires : Bonnes. Pas de shock post-opératoire. Lochies normales. Guérison.

Date de sortie : le 6 novembre 1926.

Obs. 2. — Mme L...

Antécédents généraux : Marche à 2 ans 1/2. Rhumatisme articulaire aigu à 19 ans.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} grossesse en 1928. En avril O. C. corporéale pour bassin généralement rétréci. Enfin vivant de 3650 grs.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Seconde grossesse en 1931.

Indication opératoire : Opération césarienne S. S. en raison des antécédents et du bassin généralement rétréci.

Date de l'opération : A terme et, par crainte de rupture utérine, avant le travail, en mai 1931.

Opérateur : Dr Moissard.

Anesthésie : rachi à la novocaïne.

Technique opératoire : O. C. S. S. Pas de traces cicatricielles de la précédente césarienne, sauf à la paroi.

Enfant : féminin de 2650. Bon état physique.

Suites opératoires : Légèrement fébriles, lochies louches, Guérison

Date de sortie : le 18^e jour.

Obs. 3. — Mme C. . Léodie (Deux césariennes + hystérectomie).

Antécédents généraux : Syphilis + Blennorragie.

Antécédents obstétricaux :

En 1926, opération césarienne haute à l'hôpital Baujon, à la 1^{re} grossesse, pour « manque de dilatation du col ». Enfant vivant.

OPÉRATION CÉSARIENNE BASSE ITÉRATIVE + HYSTÉRECTOMIE
SUB-TOTALE

Examen à l'entrée : Entrée d'urgence à la M. C. le 2 mars 1931 âgée de 24 ans, pour seconde grossesse à terme, en travail depuis le 21 février. Père différent pour cette seconde grossesse. Présentation céphalique non fixée O. I. D. P. Tête déborde beaucoup le pubis. B. D. C. F. bons. Col non effacé. Poche des eaux intacte. Promontoire facilement accessible. Bassin généralement rétréci. Coliques utérines peu fortes. Pertes glaireuses gonococciques et plaques muqueuses vulvo-vaginales et sur les cuisses.

Indication opératoire : O. C. S. S. et hystérectomie sub-totale en raison des antécédents obstétricaux, du bassin rétréci et l'infection actuelle de la parturiente.

Date de l'opération : le 2 mars 1931 à terme après une ébauche de travail depuis une semaine. Œuf intact.

Opérateur : Dr Grosse.

Anesthésie : Rachi avec scurocaïne. Résultat excellent.

Technique opératoire : Incision sous-ombilicale. Libération d'adhérences multiples entre le péritoine pariétal et l'épiploon, l'épiploon et le péritoine viscéral. Cicatrice utérine initiale apparente. Lésions de périmétrite : séreuse pré-utérine peu décollable adhérente surtout au corps utérin.

Enfant féminin 2706 grs. Pas de stigmates d'hérédosyphilis.

Suites opératoires : un peu de fièvre pendant 8 jours. Guérison.

Date de sortie : le 30 mai 1931.

Obs. 4. — 2 (Opérations césarienne + hystérectomie).

Antécédents généraux : Fièvre typhoïde.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} En 1927, 1^{re} grossesse. Bassin limite mais œuf très gros et utérus antéversé. Défaut d'engagement. Présentation du sommet. Application de forceps à terme dans l'étage supérieur de l'excavation. Extraction d'un enfant de plus de 4 kg. qui meurt 20 minutes après.

2^o En 1928, seconde grossesse. 1^{re} O. C. corporéale à terme en raison du volume fœtal encore exagéré et du bassin limite.

OPÉRATION CÉSARIENNE SUPRA-SYMPHYSAIRE ITÉRATIVE SUIVIE
D'HYSTÉRECTOMIE POUR RUPTURE UTÉRINE

Examen à l'entrée : En 1930 3^e grossesse. La femme entre à la Maternité. On note : œuf très gros, mauvaise paroi abdominale, antéversion utérine marquée.

Indication opératoire : O. C. itérative en raison des antécédents et du danger de rupture utérine. On décide d'attendre le début du travail pour intervenir. Dès les premières contractions, se produit une rupture utérine. Douleur violente et brusque, état de shock marqué. Au palper on délimite mal l'utérus. On décide l'intervention immédiate.

Date de l'intervention : Au début du travail après rupture utérine.

Opérateur : Dr Moissnard.

Anesthésie : générale.

Technique opératoire : A l'ouverture du péritoine pariétal on trouve le fœtus dans la cavité abdominale, complètement en dehors de l'utérus qui s'est rompu au niveau de la cicatrice antérieure. L'utérus s'est déjà rétracté. Après extraction du fœtus, on pratique une hystérectomie, totale, suivie de drainage. On remonte l'état général par les procédés habituels et du sérum de Normet.

Enfant : vivant de 5100 gr.

Suites opératoires : bonnes. Amélioration rapide dans les 2 heures suivant l'opération. Guérison.

Date de sortie : le 2^e jour après l'opération.

Obs. 5. — Madame B...

Antécédents généraux : Marche à 12 mois. Coliques néphrétiques en 1914 post-partum.

Antécédents obstétricaux : 1^{er} accouchement à terme d'un très gros enfant, 2 jours de travail. Plusieurs applications de forceps qui ne réussissent pas. Extraction d'un enfant mort.

2^o Septembre 1926 : 2^e grossesse à terme. O. C. S. S. pour bassin généralement rétréci. Enfant vivant de 4170 grs.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : Entre de nouveau à la Maternité Clinique le 1^{er} mai pour 3^e grossesse à terme. Femme âgée de 44 ans. Aurait eu quelques douleurs abdominales pendant toute la grossesse. Début du travail le 30 avril 1929 à 22 heures. Aucun engagement de la présentation (O. I. G. A.) Tête fœtale volumineuse dans la fosse iliaque gauche débordant le détroit supérieur quand on la ramène au contact de ce dernier. Fortes coliques utérines. Bruits du cœur fœtal excellents.

Indication opératoire : O. C. basse itérative en raison du bassin rétréci, de l'absence de progrès dans le travail et des antécédents obstétricaux de la parturiente.

Date de l'opération : le 1^{er} mai à 5 h. 30. Œuf non ouvert après 8 h. de travail.

Opérateurs : D^{rs} Grosse et Leroux.

Anesthésie : Rachi avec 8 cent. de scurocaïne. Bon résultat.

Technique opératoire : Aucune trace de la 1^e opération césarienne n'est relevée sinon une petite zone d'adhérences du péritoine sur l'utérus au niveau de l'ancienne incision

utérine. L'incision de l'utérus détermine l'expulsion d'un liquide amniotique abondant teinté de méconium. La tête fœtale dans la fosse iliaque gauche est extraite facilement par énucléation avec 2 doigts placés en arrière d'elle et par expression abdominale. Tête très ossifiée. Fermeture utérine en 2 plans superposés. Péritonisation « en redingote ». Fermeture de la paroi aux crins.

Enfin : masculin de 4850 gr. un peu choqué, facile à ranimer. Etat physique bon.

Suites opératoires : Excellentes. Guérison.

Date de sortie : le 18 mai 1929.

Obs. 6. — M. L.

Antécédents obstétricaux : 1^{re} grossesse en 1926 O. C. S. S. à terme pour bassin généralement rétréci.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : entre à la Maternité Clinique le 11 juin 1930 pour 2^e grossesse à terme. Présentation céphalique. Tête fœtale très élevée, débordant de partout le D. S. Obstacle surtout lombaire.

Indication opératoire : opération césarienne itérative basse en raison du bassin généralement rétréci, de l'absence d'engagement et des antécédents obstétricaux.

Date de l'opération : Le 15 juin 1930 à 10 heures, après 6 heures de travail. Dilatation du col : 2 fr. Poche des eaux intacte, mais rupture spontanée au moment de la rachianesthésie.

Opérateur : Dr Grosse.

Anesthésie : Rachi avec 2 cc. 1/2 de novocaïne à 4 %. Résultat excellent

Technique opératoire : A l'ouverture de l'abdomen, on remarque que le péritoine au niveau de la S. I. est froncé, mais mobile sur les plans sous-jacents. On ne trouve en le

décollant que quelques petites adhérences avec le muscle utérin. Elles sont sectionnées aux ciseaux. Le décollement est facile. Comme la première fois, le S. I. est court ; cependant l'enfant étant petit, l'incision n'intéresse pas le corps utérin. Extraction sans difficulté de la tête fœtale par énucléation. L'enfant est enduit de méconium. Adhérences assez étendues de l'épiploon avec la paroi abdominale, mais pas d'adhérences de l'épiploon avec l'utérus, pas même au niveau du S. I. Suture utérine en 2 plans. Péritonisation classique à double feuillet. La paroi abdominale est cicatricielle, très mince, et malgré une résection de la cicatrice cutanée et d'une portion du tissu cicatriciel sous-jacent, on ne trouve pas de muscle sain. Donc : suture dans tissu cicatriciel. Rétraction parfaite de l'utérus. Ecoulement insignifiant de sang. L'opération s'est présentée exactement comme la première O. C. Dilatation du col à 2 fr. S. I. peu étendu, enfant couvert de méconium. La poche des eaux s'était rompue au moment de la rachianesthésie. La femme avait une antéversion prononcée de l'abdomen : abdomen en besace.

Enfant : masculin de 2580 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Très bonnes. Guérison.

Date de sortie : le 14 juillet 1930.

Obs. 7. — Mme F....

Antécédents généraux : Père mort de tumeur (?) La parturiente a eu la fièvre typhoïde et du rhumatisme articulaire aigu.

Antécédents obstétricaux : 1^{er} accouchement en septembre 1923 à terme, 3 jours de travail, application de forceps. Enfant mort pendant la naissance, 3600 gr.

2^e accouchement en mars 1925 à terme. Forceps. Enfant vivant 2280 gr.

3^e accouchement en janvier 1928 : O. C. S. S. à terme pour bassin généralement rétréci. Enfant vivant de 3530 gr.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : 4^e grossesse à terme. Entre à 19 h. 30 après 55 heures de travail. Les contractions utérines rendent le palper difficile. Tête très élevée et débordant largement surtout sur les côtés. Bruits du cœur fœtal sur une ligne para-médiane droite au-dessus de l'ombilic. Toucher : parties molles fermes. Col de multipare dont la dilatation = 2 francs. Présente une certaine épaisseur.

Indication opératoire : O C. S. S. en raison du bassin généralement rétréci, atrésique.

Anesthésie : Rachi avec 0 gr 10 de scurocaïne. Anesthésie facile. Bons résultats. Pas de vomissements.

Date de l'opération : le 29 mars 1930 à 20 h. 30 après 56 heures de travail, œuf ouvert.

Opérateur : Dr Leroux.

Technique : La précédente incision peu visible, très bonne est un peu latéralisée à gauche. Incision actuelle médiane. Traversée de plans cicatriciels. Péritoïne : adhérences épiploo-utérines sur la face antérieure et surtout sur les parties inférieures de la région latérale du corps utérin. Les plis gênants sont libérés et sectionnés. La valve sus-pubienne ne peut être mise en place en raison de la disposition du péritoïne dans le S. I. Elle masquerait trop ce segment et gênerait les manœuvres. Dans ces conditions : on borde simplement la partie supérieure sur le champ opératoire et on place l'écarteur de Dartigues. On essaie de libérer les 2 lambeaux péritonéaux habituels. Le lambeau inférieur, épais, est assez facilement libéré malgré quelques adhérences peu notables dues à la première césarienne. Le lambeau supérieur, d'une minceur extrême, est beaucoup plus difficile à individualiser et, dans les manœuvres de libération, on le perfore. Malgré tout on met à nu une étendue très large du S. I. L'incision utérine médiane est tracée en s'aidant d'une

valve vaginale pour écarter la vessie. Pas d'écoulement sanguin appréciable.

Présentation : O. I. G. T. Avec la main, on ramène la bouche vers la plaie, Extraction par forceps d'un enfant qui crie aussitôt. Délivrance artificielle à la main. Suture de plan musculaire. A noter que l'incision a porté dans sa partie supérieure sur la région corporéale dont l'épaississement de 2 cm. tranche avec la minceur du S. I. Il est donc évident que le lambeau supérieur a été taillé d'une manière artificielle dans une région où le péritoine est normalement adhérent. Surjet musculaire de l'utérus. Recouvrement de la partie supérieure de la cicatrice utérine par le lambeau péritonéal supérieur fixé par quelques points séparés. Le lambeau inférieur plus solide complète de façon parfaite la péritonisation.

Paroi : 4 plans : aponévrose, muscle, graisse, peau.

Enfant : masculin de 3550 gr. Bon état.

Suites opératoires : Très bonnes. Guérison.

Date de sortie : 14 avril 1932.

Obs. 8. — Mme R...

Antécédents généraux : Marche à 2 ans.

Antécédents obstétricaux : 1° En 1926, 1^{re} grossesse à 19 ans. Accouchement par le siège à l'hôpital Beaujon. Déchirure périnéale non suturée. Fille vivante.

2° En 1928, 2^e grossesse. 1^{re} O. C. S. S. pour bassin plat rachitique. Enfant vivant de 3840 gr.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : Entre de nouveau à la Maternité Clinique le 5 septembre 1930 à 15 heures, début de travail. La tête fœtale déborde le pubis en avant et à droite. Au toucher le col est effacé avec une dilatation de 4 franc. La fœtale est accessible mais haute. Poche des eaux intacte.

En 3 heures de travail pas de progrès dans l'engagement.

Indication opératoire : O. C. S. S. itérative en raison des antécédents obstétricaux et de l'épreuve négative du travail.

Date de l'opération : Le 26 septembre 1930 à 18 heures après 3 heures de travail. Poche des eaux intacte.

Opérateur : Dr Leroux.

Anesthésie : Rachi. Bon résultat.

Technique opératoire : O. C. S. S. Cicatrice utérine très apparente. Nombreuses anomalies du péritoine pariétal et viscéral. Pas d'hémorragie. Liquide amniotique teinté de méconium. Délivrance artificielle. Suture utérine en 2 plans.

Enfant : féminin de 2730 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes. Guérison.

Date de sortie le 17 octobre 1930.

Obs. 9. — Madame C...

Antécédents généraux : En juin 1925 pleurésie pendant 2 mois. Guérison.

Antécédents obstétricaux : le 27 décembre 1924, 1^{er} accouchement au forceps à terme. Enfant mort 2 heures plus tard.

En 1926, seconde grossesse à terme. O. C. S. S. pour bassin plat rachitique. Enfant vivant de 3900 gr.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Entre de nouveau à la Maternité Clinique le 2 janvier 1931 pour un 3^e accouchement.

Examen à l'entrée : Présentation O. I. G. T. La tête ne déborde pas mais est très élevée au dessus du pubis, semblant lutter contre un obstacle osseux élevé, ce que paraît confirmer l'enselure lombaire de la parturiente. Au toucher, promontoire facilement accessible. Le 5 janvier à 5 heures début de dilatation. Tête haute. A 11 heures dilatation du

col : 1 franc, sans pression de la tête. A 15 h. 30 les contractions continuent très fortes. Pas de progrès dans l'engagement ni dans la dilatation. L'épreuve du travail est donc négative.

Indication opératoire : O. C. S. S. en raison de l'épreuve du travail négative.

Date de l'opération : le 5 janvier 1931 à 15 h. 30 après 15 heures de travail. Œuf non ouvert.

Anesthésie : Rachi avec 2 cc. 1/2 de scurocaïne à 4 %. Excellente.

Technique opératoire : A l'ouverture du ventre, aucune adhérence pariéto-utérine. Le S. I. est court. Feuillet péritonéal mobile sur l'utérus sauf quelques petites adhérences et un noyau cicatriciel au dessous de la vessie. On le sectionne au ciseau. Décollement péritonéal aussi facile que lors de la 1^{re} opération césarienne. En dehors de l'adhérence cicatricielle unissant la vessie à l'utérus au bas de la 1^{re} incision utérine, on ne retrouve aucune trace de cette incision. Le reste de l'opération se passe comme de coutume au point de vue de la suture utérine et de la péritonisation à 2 feuillets se recouvrant l'une sur l'autre. .

Enfant : garçon de 3960 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : 10 heures après l'opération on constate une grave dilatation de l'estomac et du ventre. Cette dilatation a disparu presque totalement à la fin de la journée par la position ventrale (expulsion de gaz).

Suites éloignées : bonnes. Guérison.

Date de sortie le 23 janvier 1931.

Obs. 10. — Mme L...

Antécédents généraux : Bons.

Antécédents obstétricaux : En octobre 1926 O. C. S. S. pour bassin généralement rétréci. Enfant de 3380 gr. vivant.

En juin 1929 : Abortum de 5 mois.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Entre de nouveau à la Maternité Clinique le 13 avril 1931 pour 3^e grossesse à terme et au début du travail.

Examen à l'entrée : Bassin généralement rétréci, en antéversion. Promontoire accessible. Face antérieure sacrée plate. L'utérus est adhérent à la cicatrice au niveau du S. I. Présentation céphalique élevée.

Indication opératoire : Opération césarienne itérative S. S. en raison des antécédents et de l'absence de progrès dans le travail.

Date de l'opération : Le jour même de l'entrée à la Maternité Clinique : 13 avril 1931. Au début du travail œuf non ouvert.

Anesthésie : Rachi. Bons résultats.

Opérateur : Dr Leroux.

Technique opératoire : La cicatrice utérine se voit à peine. Le péritoine se décolle facilement, même le feuillet supérieur. Péritonisation parfaite.

Enfant : Garçon de 3430 gr. en bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes. Aucune élévation de la température.

Date de sortie : le 2 mai 1931.

Obs. 11. — Madame T...

Antécédents généraux : Broncho-pneumonie à 8 ans.

Antécédents obstétricaux : 1^{er} accouchement en septembre 1927 à terme. Accouchement long et laborieux par forceps. Enfant mort pendant l'extraction.

2^e accouchement en 1930. 1^{er} O. C. S. S. pour bassin généralement rétréci. Enfant vivant de 3170 gr.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : 3^e grossesse. Entre à la Maternité Clinique le 5 mai 1931 à 8 mois 1/2 de la grossesse. O.I.D.P.

non engagée. La tête fœtale déborde de partout le D. S. Au toucher, bassin plat rachitique. Promontoire facilement accessible. Le 11 mai 1931 quelques coliques annonçant un début de travail.

Indication opératoire : O. C. itérative basse en raison du bassin plat et des antécédents obstétricaux.

Date de l'opération : le 11 mai 1931. Au début du travail poche des eaux intacte.

Opérateur : Dr Grosse.

Anesthésie : Rachi avec 2 cc. 1/2 de novocaïne.

Technique : Résection de la cicatrice de la peau. Après ouverture du péritoine pariétal on tombe sur l'utérus présentant par l'intermédiaire du cul-de-sac, des adhérences vésicales qui font remonter la vessie à plusieurs centimètres au dessus du pubis. Décollement péritonéal cependant facile après avoir rompu les adhérences vésico-utérines. Opération ensuite habituelle. Réfection des différents plans.

Enfant : masculin de 3640 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes. Guérison.

Date de sortie : 1^{er} juin 1931.

Obs. 12. — Madame V...

Antécédents généraux : Bons.

Antécédents obstétricaux : O. C. basse à terme pour bassin généralement rétréci. Enfant vivant.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen d'entrée : Entre à la Maternité Clinique le 26 janvier 1931 pour 2^e grossesse à terme. Poche des eaux rompue depuis le 21 janvier. Pas de travail. La présentation céphalique déborde beaucoup le pubis sans aucune tendance à franchir le D. S. Bruits du cœur fœtal bons.

Indication opératoire : O. C. itérative S. S. en raison des antécédents et du bassin généralement rétréci,

Date de l'opération : Le 25 janvier 1931, après 4 jours d'ouverture de l'œuf.

Opérateur : Dr Grosse.

Anesthésie : Rachi à la scurocaïne.

Technique : A l'ouverture du péritoine on constate de nombreuses adhérences entre celui-ci et la masse épiploïque. Une partie de cette dernière est liée et réséquée. Péritoine pré-utérin assez adhérent et peu décollable. Extraction de la tête fœtale avec une branche de forceps comme levier. Hémorragie légère après la délivrance. Suture utérine en 2 plans. Une légère adhérence a été remarquée à la partie supérieure de l'incision utérine. Péritonisation assez difficile. Cependant on parvient à coapter les tranches et recouvrir parfaitement l'utérus.

Suites opératoires : Bonnes.

Enfant : Garçon de 2370 gr. en bon état.

Date de sortie : 15 février 1931.

Obs. n° 13. — Madame M...

Antécédents généraux : Tuberculose pulmonaire soignée au sanatorium en 1924 et 1925. Guérison (?)

Antécédents obstétricaux : En 1930 O. C. S. S. à terme pour bassin généralement rétréci. Enfant de 2700 gr. vivant.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : 2^e grossesse, entre à la Maternité Clinique au mois de mai 1932. Les D. R. sont du 17 au 20 août 1931 : H. U. 28 cm. Périmètre abdominal : 86 cm. La parturiente mesure 1 m. 35. La présentation céphalique est très élevée, au dessus du D. S. Diamètre promonto-rétro-pubien 8 cm. Le 21 juin : coliques vers 14 h. A 17 h. : col perméable, présentation céphalique élevée. A 22 h. pas de progrès, les coliques persistent. Le 22 juin à 11 h. la tête est toujours

au D. S. Bruits du cœur fœtal bons. Fortes coliques. Dilatation du col : 1 fr. A 17 h. même état.

Indication opératoire : O. C. I. S. S. en raison de l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles.

Date de l'opération : Le 22 juin 1932 à 17 h. (24 h. de travail). Poche des eaux intacte.

Anesthésie : Rachi avec 0 gr. 08 de scurocaïne. Résultat excellent.

Opérateur : Dr Leroux.

Technique opératoire : Résection de la cicatrice cutanée, Derrière cette cicatrice, le bistouri touche un tissu fibreux. Ouverture de la cavité péritonéale : l'utérus apparaît masqué par le voile cellulo-graisseux très mince, facile à écarter, sans hémorragie. Décollement des lambeaux péritonéaux : assez facile pour le lambeau inférieur. Le lambeau supérieur adhérent, est perforé par les ciseaux. Incision de la paroi utérine qui intéresse en haut le corps et le péritoine. Le sang est aspiré au fur et à mesure par l'aspirateur électrique. La face fœtale est amenée à la plaie utérine. On aspire les mucosités du nez et de la bouche. Peu de liquide amniotique. La tête est extraite à l'aide d'une branche de forceps. L'enfant crie quelques minutes plus tard. Suture utérine en 2 plans. On note l'absence quasi complète d'hémorragie et l'aspirateur devient inutile. Application *atypique* des lambeaux aux péritonéaux. Le lambeau inférieur recouvre le tout. La paroi est suturée en 4 plans, comme d'habitude.

Enfant : masculin de 2430 gr. Naît un peu étonné. Bon état physique.

Suites opératoires : bonnes. Lymphangite du sein gauche les 11 et 12^e jours.

Date de sortie : le 9 juillet 1932. Guérison.

Obs. 14. — Mme L...

Antécédents généraux : Rachitisme accentué, a marché à 2 ans 1/2. Rhumatisme articulaire aigu (?) vers 20 ans,

Antécédents obstétricaux : En 1929 à 32 ans : Premier accouchement par forceps par les voies naturelles d'un enfant hydrocéphale mort à 1 an.

En 1931, seconde grossesse à terme. Première O. C. S. S. pour bassin plat rachitique. Enfant vivant de 3650 grs.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée :

Agée de 25 ans, 3^e grossesse à 8 mois. Bassin générale-ment rétréci. Diamètre P. R. P. : Bassin limite. Promontoire difficilement accessible. Présentation céphalique gauche au dessus du D. S.

Indication opératoire : Césarienne itérative en raison des antécédents et de l'E. A.

Date de l'opération : Le 29 janvier 1933 à terme à 21 heures, après 4 ou 5 heures de travail. Aucune progression de la présentation ne s'était produite après la rupture artificielle de la poche des eaux.

Opérateur : D^r Leroux.

Anesthésie : Raché avec 0 gr. 10 de scurocaïne. Bonne anesthésie mais femme indocile, criant et poussant, surtout sensible au contact et à la traction. Ne nécessite pas l'anesthésie générale.

Technique opératoire : O. C. itérative basse. Résection de la cicatrice cutanée. Incision de la cicatrice pariétale fibreuse, dure, épaisse. On ouvre le péritoine dans la partie supérieure. Adhérence utéro-pariétale large et lâche. Plus bas la cavité péritonéale est libre. Difficulté pour découvrir la S. I. Pas d'adhérences épiploïques. Section transversale supra-vésicale du péritoine (à ce niveau il est épais et difficile à libérer en 2 lambeaux très courts). Incision utérine intéressant la S. I. et, par nécessité, le corps utérin lui-même. Issue de liquide amniotique « purée de pois ». Aspiration de ce liquide par l'aspirateur électrique. L'hémorragie a été

beaucoup plus abondante que dans les césariennes habituelles. Extraction du fœtus par forceps. Tête fœtale modelée : enfoncement du pariétal gauche (O. I. G. A.) Enfant étonné. Ne respire pas immédiatement. On extrait les mucosités buccales avec un aspirateur électrique. Suture utérine en 2 plans. Recouvrement péritonéal atypique : on utilise les 2 lambeaux supérieurs en les croisant et le lambeau inférieur recouvre la plaie utérine. On modifie ainsi les rapports anatomiques normaux (ascension de la vessie). Suture habituelle de la paroi en 4 plans.

Enfant : féminin, 4100 grs, succombe d'œdème pulmonaire 15' après la naissance. 5 minutes après l'extraction l'enfant a rendu du sang mousseux par le nez et la bouche. Malgré injection de lobéline et toutes les manœuvres pour le ranimer il succombe après une période de quelques minutes d'apnée.

Autopsie : Les 2 poumons sont infiltrés uniformément de sang (splénisation),

Pathogénie : Œdème pulmonaire aigu ou hémorragie « a vacuo » provoquée par l'aspiration électrique des mucosités lors de l'extraction du fœtus.

Conclusions :

A. — Mère : En cas de grossesse nouvelle on fera une césarienne haute.

B. — Enfant : On explique assez mal que les bruits du cœur étant excellents quelques instants avant l'opération (malgré les contractions vives et subintrantes de la femme) on ait trouvé un liquide amniotique purée de pois à l'ouverture de l'utérus avec un enfant étonné.

L'accident pulmonaire dû à l'aspiration électrique des mucosités buccales doit faire réserver l'emploi de cet aspirateur. Cependant, depuis un an, on avait utilisé avec succès ce procédé de désobstruction des voies respiratoires et de la plaie,

Obs. 15. — Mme R...

Antécédents généraux : Marche à 20 mois. Rhumatisme articulaire aigu à 26 ans.

Antécédents obstétricaux : Premièrement en 1928 : 1^{re} grossesse. Engagement lent. Forceps D. S. Extraction d'un enfant de 3150 gr. qui meurt peu après la naissance (hémorragie méningée).

Deuxièmement en 1930 : Seconde grossesse à terme, O. C. S. S. pour bassin plat rachitique. Enfant vivant de 3150 gr.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : Entre d'urgence au terme d'une troisième grossesse en mars 1932 avec début de travail. Contractions utérines intenses. Signe de Bandl à égale distance entre l'ombilic et le pubis. Dilatation du col à 2 fr. Présentation céphalique inaccessible palpable dans la F. I. G. Procidence du cordon.

Indication opératoire : Césarienne itérative S. S. en raison des A. obstétricaux et de la menace actuelle de rupture utérine.

Date de l'intervention : A terme au début du travail.

Opérateur : Dr Moissard.

Anesthésie : générale au Schleich.

Technique opératoire : O. C. S. S. itérative dans des conditions presque normales. On note la minceur du S. I. Cicatrice antérieure bonne.

Enfant : Féminin de 3660 grs. Bon état physique.

Suites opératoires bonnes.

Date de sortie : le 20^e jour.

Obs. 16. — Mme Th... (utérus double).

Antécédents obstétricaux : 1^o En 1920 : Accouchement prématuré à 7 mois. Présentation du siège. Version podalique. L'enfant survit 48 h. ;

2° En 1923 : Entre à la Maternité pour seconde grossesse à terme. Présentation du siège et procidence du cordon. Extraction rapide, difficulté à la tête dernière. Enfant mort. Grossesse développée dans l'utérus droit ;

3° En 1926 : Abortum de 3 mois. Curetage ;

4° En 1930 : 4^e grossesse à terme. O. C. S. S Enfant vivant de 4560 gr.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE CONSERVATRICE

Examen d'entrée : En 1932 entre de nouveau à la Maternité pour 5^e grossesse développée dans l'utérus gauche. Début de travail. Œuf non ouvert. Présentation O. I. G. A.

Indication opératoire : Césarienne itérative S. S. en raison des antécédents obstétricaux.

Date de l'opération : à terme.

Opération : Dr Moissard.

Anesthésie : Rachi. Bon résultat.

Technique opératoire : O. C. S. S. Résection de la cicatrice cutanée de la 1^{re} intervention. Le décollement péritonéal est facile vers le bas, plus difficile vers le haut. Le péritoine se déchire sur quelques centimètres au niveau de la ligne médiane. Le S. I. ne présente rien de particulier et on retrouve difficilement la cicatrice de la 1^{re} intervention. L'utérus droit non gravidé congestionné et augmenté de volume avait été repoussé en arrière vers le Douglas par l'utérus gravidé. Délivrance facile.

Enfant : 3850 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes.

Sort le 18^e jour.

Obs. 17. — Mme R...

Antécédents généraux : Rougeole. Rein flottant.

Antécédents obstétricaux : Une première grossesse en 1927.

Accouchement par les voies naturelles d'un enfant mort-né le 31 juin 1927.

Une deuxième grossesse en 1928. Opération césarienne supra-symphysaire pour bassin généralement rétréci après une application de forceps à terme. Enfant vivant de 3880 gr.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Entre de nouveau à la Maternité Clinique le 29 mars 1932 pour 3^e grossesse à terme, ayant consulté il y a un mois le Dr Leroux.

Le 29 mars à 22 heures quelques coliques.

Examen : Poche des eaux intacte. Utérus de forme normale. Présentation céphalique élevée, flottante au détroit supérieur. Bruits du cœur fœtal excellents. O. I. G. A. Col mou dilaté à peine effacé. Promontoire très saillant.

Indication opératoire : Opération césarienne S. S.

Anesthésie : Rachis avec 0 gr. 40 de scurocaïne, facile et bonne.

Date de l'opération : Le 29 mars à 23 heures, 2 heures de travail, œuf non ouvert.

Opérateur : Dr Leroux.

Technique : Résection de la cicatrice précédente. Incision au travers d'une région cicatricielle. On arrive sur le péritoine dans la région haute. La région découverte est totalement libre d'adhérences. Pas d'épiploon. Le seul stigmate de l'opération précédente consiste dans l'existence d'une zone péritonéale épaissie de 3 cm. de large, allant du cul-de-sac vésico-utérin à une ligne très nettement tranchée qui se continue avec le péritoine pré-utérin normal.

L'incision péritonéale transversale porte entre ces limites des deux zones du péritoine. On peut aussi malgré l'absence de développement total du S. I. libérer assez facilement le lambeau inférieur. Le lambeau péritonéal supérieur est plus

difficile à isoler : clivage pénible, lambeau très mince. Dans sa partie haute, il faut sculpter ce lambeau dans la paroi utérine.

La zone utérine étant suffisante on incise progressivement de bas en haut sans hémorragie. Cette incision a pu être faite sans ouvrir l'œuf qui apparaît ainsi de bout en bout à l'incision : les membranes tendent à se hernier dans la plaie utérine. Elles sont déjà d'aspect verdâtre. Incision de l'œuf : écoulement d'une assez grosse quantité de liquide amniotique. On éponge sans l'aspirateur. La bouche de l'enfant est ramenée dans la plaie. Par forceps on extrait facilement le fœtus qui respire aussitôt. Fermeture du plan musculaire qui a intéressé largement le C. U Surjet musculaire. Péritoine : rabattement atypique du lambeau supérieur. Fixation par un surjet du lambeau inférieur épais qui recouvre complètement la cicatrice. Fermeture de la paroi en 4 plans.

Enfant : Féminin 3 700 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes. Guérison.

Date de sortie : 16 avril 1932.

Obs. 18. — Madame M...

Antécédents généraux : A marché à un an. Pas de maladies graves.

Antécédents obstétricaux : 1^o En 1918 à 23 ans, 1^{er} accouchement à terme. Présentation du siège. *Basiotripsie* sur la tête dernière. Fille de 2300 grs.

2^o En 1930, âgée de 35 ans 2^e grossesse. Accouchement par O. C. S. S. Enfant vivant de 2650 gr.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : à la Maternité Clinique. 3^e grossesse. à terme et en travail, le 14 janvier 1933. Peu de coliques. Rupture spontanée de la poche des eaux à 6 h. Liquide

amniotique peu abondant. Présentation O. I. G. A très élevée. Bassin très rétréci.

Indication opératoire : O. C. itérative basse en raison des antécédents et de l'E. A.

Date de l'opération : 14 janvier 1933 à 8 h. 30 après 4 ou 5 h. de travail. Œuf ouvert depuis 2 h. 30.

Anesthésie : Raché avec 10 centigrammes de scurocaïne. Résultat assez bon. Cependant, on doit y ajouter du Schleich, la parturiente s'étant plainte de sentir les manœuvres opératoires.

Opérateur : Dr Leroux.

Technique opératoire : O. C. basse itérative. Résection de la cicatrice cutanée. Aucune adhérence entre la paroi et l'utérus. La paroi utérine est recouverte au niveau du S. I. par le péritoine vésical épais. A la limite supérieure de ce péritoine, marquée par un épaissement, on incise et on pratique son décollement sans difficulté. Le lambeau supérieur est très mince et on le taille en partie aux dépens du muscle sous-jacent. Incision utérine et résection de la région qui semble être la cicatrice. On ne voit pas de tissu fibreux nettement différencié. La cicatrice est solide, souple, épaisse. On ramène la bouche de l'enfant vers la plaie. Extraction aux forceps. Délivrance artificielle. Suture utérine en 2 plans (points séparés et surjet). Péritonisation atypique, malaisée, mais complète. Paroi abdominale en 4 plans. A noter : L'incision utérine a porté autant sur le corps que sur le S. I. Hémorragie assez notable. Résection d'une zone d'événtration vésicale.

Enfant féminin de 2940 grs. Bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes.

Date de sortie : le 4 février 1933. Guérison.

Obs. 19. — Madame Pauline ..

Antécédent généraux : Bons.

Antécédents obstétricaux : En 1929, première césarienne

S. S. pour bassin généralement rétréci. Enfant vivant de 3810 grs.

En 1931 : Accouchement à terme par le sommet d'un enfant vivant, par les voies naturelles. Poids de l'enfant inconnu, mais enfant petit.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : Entre de nouveau à la Maternité Clinique le 27 novembre 1932 pour 3^e grossesse à terme. En travail depuis 38 heures. Semble avoir de violentes coliques. Utérus dextro-versé. Présentation céphalique très haute, débordant de partout. Bruits du cœur à gauche, près de l'ombilic. Toucher : col dilaté comme petite paume de main, souple. Poche des eaux intacte. Perception de la bregma en en arrière et à droite — O. I. G. A. très élevée au D. S. mal fléchie.

Indication opératoire : O. C. S. S. itérative en raison de la longueur du travail et du rétrécissement du bassin.

Anesthésie : Rachi, 8 cent. assez bonne. En raison de l'indocilité de la femme on ajoute un peu de Schleich à la compresse. Quelques efforts de vomissements et des cris ont gêné les manœuvres opératoires. Durée de l'opération : 1 h. 1/4.

Date de l'opération : le 27 novembre 1932 à 22 heures, après 42 heures de travail. Œuf non ouvert.

Opérateur : Dr Leroux.

Technique : Résection de la cicatrice cutanée. Incision des aponévroses épaissies par leurs sutures. La cicatrice présente un certain nombre de poches péritonéales, ébauches d'éventration. Il y a eu un peu de désunion de la paroi au cours de la première O. C. L'épiploon masque complètement l'utérus. On le libère peu à peu. Adhérences faibles. Mise en place de la valve sus pubienne et de l'écarteur de Dartigues. On expose le S. I. qui se présente comme nettement

cicatriciel avec une espèce d'épaississement à la partie supérieure (recouvrement des deux péritoines). Incision du péritoine et du S. I. lui-même. La poche des eaux est intacte et donne issue à du liquide sans méconium. Fœtus en O. I. G. A. On recherche sa bouche qu'on ramène dans la paroi utérine. Le fœtus fait des mouvements inspiratoires avant d'être extrait. On empêche la déglutition du liquide amniotique. Extraction au forceps d'un fœtus assez gros. Noter l'apparition d'une double anse du cordon dans la plaie utérine. Cette anse ne gêne pas l'extraction. L'examen du S. I. montre un état cicatriciel apparent. On ne peut distinguer le siège exact de section précédente, mais l'on ne voit aucun affaiblissement musculaire. Donc cicatrice solide. Délivrance par expression prudente. La surface placentaire est crétaée.

Sutures : musculaire totale. Catgut 2 12 points. Surjet musculaire.

Péritonisation vraiment difficile. On ramène de façon atypique les 2 lambeaux supérieurs, le gauche recouvrant le droit, surjet oblique en bas et à droite, recouvrant la cicatrice. Se termine à gauche au ligament rond. Au moment de refermer l'abdomen on remarque une hémorragie : source dans la région vésico-utérine (veine) filtrant au travers d'éraillures du péritoine très mince dans cette région — 2 points perforants à ce niveau font cesser l'hémorragie.

Fermeture typique de la paroi après avoir réséqué les épaississements aponévrotiques gênants.

Surjet péritonéal.

Points en X aponévrotiques.

Surjet graisseux et agrafes.

Enfant : masculin. Bon état physique. 3880 grs.

Suites opératoires : Très bonnes. Guérison

Sort le 17 décembre 1932.

Obs. 20. — Mme M...

Antécédents généraux : 32 ans en 1933.

Antécédents obstétricaux : 1930, première grossesse enfant à terme 2 kgr. Extraction par forceps.

1931, 2^e grossesse. O. C. basse par le Dr Grosse pour bassin généralement rétréci. Rachianesthésie. Fille de 3680 gr. vivante. Suites opératoires excellentes.

OPÉRATION CÉSARIENNE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : le 3 juin 1932 : 3^e grossesse à terme et en travail. Poche des eaux intacte. L'épreuve du travail est faite (5 ou 6 h.). Pas d'engagement de la présentation céphalique.

Indication opératoire : O. C. I. basse en raison de bassin atrésique.

Opérateur : Dr Leroux.

Anesthésie : Rachidienne. Bon résultat.

Date de l'opération : à terme, avant rupture de la poche des eaux le 3 juin 1932.

Technique : O. C. basse itérative. Résection de la cicatrice cutanée. Présence de brides épiploïques sur la partie supérieure du S. I. Partie basse libre mais péritoine très modifié. Clivage des 2 lambeaux ; difficile, artificiel. Extraction facile du fœtus à grosse tête ossifiée. Suture utérine facile. Péritonisation assez difficile.

Enfant : Fille de 3400 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Excellentes. Guérison.

Obs. 21. — Mme M...

Antécédents obstétricaux : Mars 1932 : 1^{re} O. C. Basse pour bassin généralement rétréci après épreuve du travail de 8 heures, à dilatation complète. Suites opératoires bonnes. Enfant de 3800 gr. vivant.

OPÉRATION CÉSARIENNE BASSE ITÉRATIVE

Examen à l'entrée : La parturiente a suivi un régime de restriction alimentaire pour éviter l'augmentation excessive de volume du fœtus. Le travail commence très violemment avec dilatation cervicale très lente. Epreuve du travail de 5 heures sans résultat.

Indication opératoire : O. C. S. S., en raison du bassin généralement rétréci et des antécédents.

Date de l'opération : le 1^{er} avril 1933 à terme.

Opérateur : Dr Leroux.

Rachianesthésie.

Technique opératoire : opération césarienne supra-symphysaire itérative. Aucune adhérence péritonéale. Aspect nacré du péritoine segmentaire. Dissection des 2 lambeaux péritonéaux supérieur et inférieur. Le lambeau supérieur est très mince. L'incision utérine dépasse le S. I. et intéresse le corps utérin, montrant un amincissement très notable de la paroi utérine à ce niveau. Enucléation facile de la tête fœtale. Expression du placenta. Avant de suturer l'utérus et afin d'obtenir un S. I. plus solide, on résèque sur chaque lèvre de la plaie utérine $1/2$ centimètre de tissu qui correspond à la cicatrice plus ou moins fibreuse et amincie.

Le lambeau péritonéal supérieur est suturé par croisement dans le sens transversal et le lambeau inférieur recouvre le tout. Paroi abdominale normalement refaite.

Enfant : Bon état physique : 3400 gr.

Suites opératoires : légèrement fébriles quelques jours (paroi ?). Sort guérie le 14^e jour.

Obs. 22. — Mme O...

Antécédents généraux : marche à 3 ans.

Antécédents obstétricaux : En 1923 : 1^{re} O. C. : corporéale à terme pour bassin généralement rétréci. Enfant vivant.

DEUX OPÉRATIONS CÉSARIENNES ITÉRATIVES

A. — En mai 1925 : 1^{re} O. C. itérative (corporéale).

Examen à l'entrée : 2^e grossesse à terme.

Indication opératoire : Vu bassin rétréci et antécédents de la femme on décide l'O. C. corporéale itérative.

Date de l'opération : en mai 1925, à terme au début du travail.

Opérateur : Dr Moissard.

Technique opératoire : O. C. Corporéale itérative.

Anesthésie : Générale.

Enfant : Féminin de 3030 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes. Guérison.

B. — Septembre 1929 : 2^e O. C. itérative S. S.

Examen à l'entrée : 3^e grossesse à terme au début du travail.

Indication opératoire : O. C. S. S. en raison du bassin rétréci et des antécédents.

Date de l'opération : Septembre 1929 au début du travail.

Opérateur : Dr Moissard.

Anesthésie : Générale au chloroforme.

Technique : Extraction d'un fœtus par siège décomplété modes des fesses. Opération sans incident.

Enfant : 3500 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes.

Date de sortie : 18 jours après l'opération.

Obs. 23. — Mme R. (3 césariennes basses conservatrices).

Antécédents obstétricaux :

A. — En 1923 : 1^{er} accouchement au forceps (octobre 1923). Fille vivante.

B. — En 1925 : 2^e accouchement par forceps puis version. Enfant mort avec fièvre. Fièvre puerpérale (juin 1925).

C. — En 1927 : 3^e accouchement par forceps sous anesthésie générale. Enfant mort (juillet 1927).

D. — En 1928 : 4^e accouchement à 28 ans par césarienne basse. Enfant vivant (novembre 1928).

DEUX OPÉRATIONS CÉSARIENNES BASSES ITÉRATIVES

A. — En 1930 : Examen à l'entrée : 5^e grossesses à terme. Bassin plat rachitique. Entre à la M. C en travail depuis 48 heures. Poche des eaux intacte. O. I. D. P. au-dessus du D. S.

Indication opératoire : O. C. basse itérative en raison des antécédents et du rétrécissement du bassin (bassin plat).

Date de l'opération : Octobre 1930 après 48 heures de travail.

Opérateur : Dr Leroux.

Anesthésie : Rachi avec 0 gr. 10 de scurocaïne. Excellent résultat.

Technique opératoire : O. C. S. S. normale. Hémorragie minime. La face apparaît très vite, pas d'incident. Epiploon adhérent à la paroi. Il est assez facilement libéré.

Enfant masculin de 4160 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes. Guérison.

Date de sortie : Le 16 novembre 1930.

B. — En 1932 : 3^e O. C. basse.

Examen à l'entrée : 5^e grossesse à terme le 6 avril 1932 O. I. G. A. très élevé au-dessus du D. S.

Indication opératoire : O. C. itérative basse au début du travail en raison des antécédents et de l'E. A.

Date de l'opération : Aux premières coliques utérines le 9 avril 1932 à 12 h. 20, œuf intact.

Opérateur : Dr Leroux.

Anesthésie : Rachi avec 0 gr. 10 de scurocaïne. Assez facile, pas de vomissements.

Technique opératoire : O. C. S. S. itérative. Résection de la cicatrice cutanée. Mise en place des valves et de l'écarteur de Dartigues. Il y a quelques adhérences épiploo-pariétales dans la partie supérieure de l'utérus. Rien en bas. Il existe aussi en avant de la vessie un réseau d'énormes veines sous-péritonéales. Incision du lambeau inférieur à la limite supérieure de l'épaississement péritonéal qui est la seule trace de la césarienne précédente. Libération assez pénible de ce lambeau. Le lambeau supérieur est très mince et aussi difficile à libérer, il faut, comme à la 2^e césarienne, le sculpter dans le muscle utérin. Incision isthmique de l'utérus exsangue. Ouverture de l'œuf d'où s'écoule un flot de liquide amniotique. On utilise l'aspirateur électrique pour l'évacuer. Cette 1^{re} expérience de l'aspirateur montre comme avantages :

Evacuation rapide du liquide amniotique et du sang.

Manœuvre plus rapide et moins tumultueuse que l'apport désordonné des compresses ; gain de temps, élégance.

Inconvénients : Tuyaux trop courts. Bouche d'aspiration manquant d'une disposition empêchant l'aspiration des membranes flottantes de la plaie (lambeaux péritonéaux qui peuvent arrêter momentanément l'aspiration).

Expression de la tête fœtale qui tourne facilement.

Aspirateur dans la bouche de l'enfant pour extraire les mucosités. Délivrance artificielle.

Fermeture de l'utérus en 2 plans : points séparés, surjet.

Application des lambeaux péritonéaux supérieurs fixés avec 2 points.

Application des lambeaux péritonéaux inférieurs fixés avec 1 surjet.

Fermeture habituelle de la paroi (aponévroses très épaissies).

Enfant : masculin de 4070 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes. Guérison.

Date de sortie : Le 28 avril 1932.

Obs. 24. — Mme G. (3 opérations césariennes conservatrices).

Antécédents généraux : Achondroplasique. De 9 à 14 ans accès de fièvre paludéenne.

Antécédents obstétricaux :

En juillet 1928 : 1^{re} O. C. S. S. pour bassin achondroplasique. Enfant vivant de 3850 grammes.

DEUX OPÉRATIONS CÉSARIENNES ITÉRATIVES S. S.

A. — En 1930 : En juillet 1930 seconde grossesse à terme. Examen à l'entrée : Présentation céphalique non engagée. Atrésie de la vulve et du vagin.

Indication opératoire : O. C. S. S. Itérative en raison des antécédents et de l'état actuel.

Date de l'opération : Le 28 juillet 1930 à terme avant le travail. Poche des eaux intacte.

Opérateur : Dr Grosse.

Anesthésie : Raché avec scurocaïne à 4 %.

Technique opératoire : O. C. S. S. Traces de la césarienne antérieure : petite cicatrice péritonéale avec épaissement du péritoine grisâtre qui n'empêche ni la mobilité, ni le décollement du feuillet péritonéal. On remarque que le feuillet péritonéal épaissi, situé au-dessous de la petite cicatrice, est en réalité le résultat de la fusion des deux feuillets péritonéaux qui recouvraient la suture utérine de la première O. C. Opération sans difficulté. Péritoine viscéral facilement décollable ne présentant que peu d'adhérences avec l'utérus. Extraction de la tête fœtale par expression. Suture du péritoine « en redingote » comme dans l'O. C. typique.

Enfant : Féminin de 3350 gr. Bon état physique.

Suites opératoires normales Guérison.

Date de sortie : 11 août 1930.

B. — En 1932 : 3^e grossesse à terme en mai 1932.

Examen à l'entrée : Présentation céphalique,

Indication opératoire : O. C. S. S. en raison des antécédents et du défaut d'engagement de la présentation.

Opérateur : Dr Leroux.

Date de l'opération : Le 3 mai 1932 à 18 h., au début du travail, œuf intact,

Anesthésie : rachi avec 0 gr. 10 de scurocaïne à 4%. Bon résultat. La peau seulement est un peu douloureuse.

Technique opératoire : Incision de la paroi utérine épaisse scléreuse, cicatricielle. Adhérences épiploïques à la vessie. Cette nappe d'adhérences, fenêtrée par endroit est effondrée sans hémorragie. On arrive à droite et à gauche au S. I. Il est mal développé mais non adhérent à l'épiploon. Corps utérin bleuté et comme infiltré de petites hémorragies musculaires. La zone décollable étant très réduite, on ne peut isoler qu'un lambeau inférieur. L'incision longitudinale porte en grande partie sur la région inférieure du corps. Ouverture de l'œuf ; aspiration électrique, rapide, complète, satisfaisante : Fœtus en O. I. G. A. Extraction par rotation au doigt et énucléation à l'aide d'une branche de forceps. L'enfant respire aussitôt. Délivrance artificielle par décollement manuel.

Sutures :

1° Plan musculaire portant à la partie supérieure sur une région musculaire violacée et friable et dont la coloration tranche avec la coloration rosée du S. I. A noter l'aspect cicatriciel du S. I. surtout au niveau du péritoine ;

2° Surjet musculaire utérin : se fait bien dans sa partie inférieure segmentaire, mais la région corporéale violacée, est friable, déchirée, de sorte que les points supérieurs sont difficiles à faire ;

3° Recouvrement péritonéal presque complet avec le lambeau inférieur dont le décollement a été achevé. Fixation du lambeau dont la partie supérieure donne lieu à de petites hémorragies qui s'arrêtent spontanément. Fixation de l'épiploon et suture de la paroi ;

4^e Paroi abdominale : Péritoine : surjet. Points séparés aponévrotiques. Surjet graisseux. Agrafes.

Enfant : féminin de 2850 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Quelques coliques pendant 48 h. après l'opération. Guérison.

Date de sortie le 15 mai 1932.

Obs. n^o 25. — Madame G...

Antécédents généraux : Bons.

Antécédents obstétricaux :

A. — En 1926 : Entre à la M. H. pour une 1^{re} grossesse à terme en travail. Présentation céphalique, au dessus du détroit supérieur [qui semble rétréci. Diamètre P. S. P. : de 10,6 à 10,8. Epreuve du travail à dilatation presque complète le sommet reste élevé et mal accommodé. On décide d'intervenir par voie haute. A ce moment se produit un engagement brusque et expulsion spontanée par voies naturelles, d'un enfant de 2200 gr. vivant. Meurt dans le 1^{er} mois d'athrepsie.

B. — En 1927 : Seconde grossesse à terme. Accouchement spontané rapide d'un enfant très petit vivant. Meurt, comme le précédent, d'athrepsie dans le 1^{er} mois.

C. — En 1929 : 1^{re} O. C. corporéale à terme pour bassin généralement rétréci type annelé (D' Moinsard).

DEUX OPÉRATIONS CÉSARIENNES ITÉRATIVES CONSERVATRICES

A. — En 1930 : Examen à l'entrée : 4^e grossesse.

Indication opératoire : Vu les antécédents obstétricaux, césarienne basse, pas d'engagement.

Date de l'opération : à terme, au début du travail.

Opérateur : D^r Moinsard.

Technique : O. C. S. S.

Anesthésie : générale.

Enfant : vivant,

Suites opératoires : bonnes.

B. — En 1932 : Examen à l'entrée : 5^e grossesse à terme. N'a pas consulté pendant sa grossesse. Entre d'urgence en travail. Présentation : S. I. G. Col perméable. Poche des eaux rompue.

Indication opératoire : O. C. S. S. en raison des antécédents, de l'absence d'engagement et crainte de rupture utérine.

Date de l'opération : en février 1932 après 6 h. de travail.

Opérateur : Dr Moissard.

Anesthésie : Rachi.

Technique : O. C. S. S. sans incident.

Remarque : le S. I. est très mince.

L'intestin est adhérent au niveau de la cicatrice des césariennes précédentes. Ces adhérences utéro-intestinales sont facilement libérées.

Enfant : très petit : 2320 grs. Survit quelques mois.

Suites opératoires : assez bonnes. Légère désunion de la paroi. Guérison.

Date de sortie : 22 jours après l'opération.

Obs. 26. — Madame D... (3 césariennes conservatrices).

Antécédents généraux : Marche à 2 ans.

Antécédents obstétricaux :

1^o En 1927, 1^{re} grossesse gémellaire à 21 ans. Accouchement à terme par les voies naturelles. Enfants débiles morts dans le premier mois ;

2^o En septembre 1929 : 2^e grossesse à terme O. C. S. S. Enfant vivant de 3370 gr.

DEUX OPÉRATIONS CÉSARIENNES ITÉRATIVES BASSES

A. — En 1930 : Examen à l'entrée : 3^e grossesse à terme en septembre. Indication opératoire : O. C. Itérative basse en raison du bassin généralement rétréci et des antécédents,

Date de l'opération : Le 22 septembre 1930 à 10 heures, à terme. Au début du travail, poche des eaux intacte.

Opérateur : Dr Leroux.

Anesthésie : Rachi. Mauvais résultat. On ajoute du chloroforme.

Technique opératoire : O. C. basse itérative sans incident.

Suites opératoires : Bonnes, sauf désunion de la cicatrice et suppuration de la paroi. Guérison.

Date de sortie : Le 18 octobre 1930.

B. — En 1932 : Examen à l'entrée : Le 31 mars à 13 heures au début du travail d'une 4^e grossesse à terme. La présentation céphalique déborde le D. S. comme à chaque grossesse. Bassin facilement explorable. Enfant vivant. Poche des eaux intacte. Col mou, dilaté.

Indication opératoire : O. C. basse itérative en raison de l'état actuel et des antécédents.

Date de l'opération : Le 31 mars à 14 heures au début du travail. Poche des eaux intacte.

Opérateur : Dr Leroux.

Anesthésie : Rachi avec 0,10 de scurocaïne. Léger engourdissement des jambes. Il semble que l'anesthésie ait été incomplète. La malade ayant souffert il a fallu ajouter du chloro à la compresse. D'autre part, il s'est produit au cours de l'opération une hémorragie abondante inhabituelle aux anesthésies rachidiennes simples. Vers la fin de l'intervention la femme mobilisait spontanément les membres inférieurs, donc demi-succès de cette 3^e rachianesthésie subie par la même femme. Au cas où on renouvelerait l'intervention, l'anesthésie générale semble indiquée.

Technique opératoire : Résection de la cicatrice cutanée précédente (large, parce qu'elle a suppuré). Section de la paroi en pleine cicatrice fibro-aponévrotique. On arrive sur la paroi utérine antérieure complètement libre des adhérences mais qui présente des irrégularités et comme des zones d'atrophie dans le revêtement péritonéal pré-utérin.

Taille du lambeau péritonéal. Le lambeau inférieur est assez facile à libérer. Le lambeau supérieur est aminci et taillé, en haut, un peu aux dépens du muscle utérin. Incision du muscle utérin. On ramène la bouche du fœtus en avant et l'on énuclée la tête en se servant d'une cuiller de forceps. L'enfant crie immédiatement.

N. B. — A souligner la minceur extrême de la partie basse du S. I. qui n'a pas plus de 2 mm. d'épaisseur. Suture à points séparés. Recouvrement musculaire par surjet. Recouvrement péritonéal à 2 lambeaux : lambeau supérieur par points séparés, lambeau inférieur par surjet.

Toute cette partie de l'opération fut extrêmement gênée par une hémorragie abondante qui a nécessité une injection d'ergotine.

Suture de la paroi en 4 plans.

Enfant : Féminin de 3620 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes. Guérison.

Date de sortie : Le 18 juin 1932.

Obs. 27. — Mme B... (4 opérations césariennes conservatrices).

Antécédents généraux : Marche vers 2 ans. Aurait eu dans la 1^{re} enfance de la péritonite tuberculeuse.

Antécédents obstétricaux : En 1924, 1^{re} grossesse à terme : O. C. corporéale pour bassin limite type cordiforme. Enfant vivant de 3750 gr.

TROIS CÉSARIENNES ITÉRATIVES CONSERVATRICES

A. — En 1926 : Examen à l'entrée : 2^e grossesse à terme. Indication opératoire : O. C. itérative en raison des antécédents.

Date de l'opération : Au début du travail,

Opérateur : Dr Moissard.

Anesthésie : Générale,

Technique : O. C. corporéale itérative.

Enfant : Féminin de 4000 gr. Bien portant.

Suites opératoires : Phlébite et embolie pulmonaire. Guérison.

Lever : Le 50^e jour.

B. — En 1931 : Examen à l'entrée : 3^e grossesse à terme.

Indication opératoire : En raison des antécédents O. C. S. S.

Date de l'opération : Dès les premières douleurs.

Opérateur : D^r Moissard.

Anesthésie : générale au chloroforme.

Technique opératoire : Présence de quelques adhérences épiploïques au niveau du corps de l'utérus. Au niveau du S. I. le péritoine s'est décollé sans difficulté.

Enfant : Féminin. Bon état physique 3400 gr.

C. — En 1932.

Examen à l'entrée : la femme entre au terme de sa 4^e grossesse perdant un peu de sang et accusant des douleurs utérines intenses. Pas de dilatation du col. Présentation du sommet au D. S. Le sommet tend à filer vers une fosse iliaque.

Indication opératoire : 4^e O. C. en raison des antécédents et du danger de rupture utérine.

Date de l'opération : à terme, au début du travail.

Opérateur : D^r Lerat.

Anesthésie : Rachi.

Technique opératoire : O. C. itérative corporéale. Au cours de l'intervention on trouve un petit hématome utérin sous-péritonéal et quelques adhérences intestinales. Elles nécessitent l'application d'un surjet séro-séreux sur l'intestin (césarienne conservatrice).

Enfant : féminin. Bon état physique 2740 gr.

Suites opératoires : bonnes.

Sortie : le 18^e jour après l'opération.

Obs. 28 (4 opérations césariennes).

Antécédents généraux : A marché vers 17 mois.

Antécédents obstétricaux : En janvier 1925, 1^{re} O. C. corporeale pour bassin rachitique généralement rétréci. Enfant vivant de 2180 gr.

TROIS OPÉRATIONS CÉSARIENNES ITÉRATIVES CONSERVATRICES

A. — En 1927

Examen à l'entrée : 2^e grossesse à terme.

Indication opératoire : O. C. itérative pour bassin rétréci.

Date de l'opération : le 24 mars 1927, au début du travail, œuf ouvert.

Opérateur : Dr Grosse.

Anesthésie : générale au Schleich.

Technique opératoire : O. C. S. S. Incision de la peau et des plans sous-jacents. Quelques adhérences de l'épiploon à la paroi à la partie haute de la 1^{re} incision. On découvre l'utérus, ferme, ne présentant pas de trace de la première O. C. Au niveau du S. I. on fait l'incision transversale du péritoine, on décolle et déclive chacun des deux lambeaux péritonéaux. Incision verticale portant sur le S. I. A ce moment l'utérus saigne abondamment. On extrait le fœtus se présentant par le siège. Section du cordon, délivrance artificielle. Injection d'ergotine. Suture utérine en 2 plans. Suture du péritoine en redingote. Fermeture de la paroi.

Enfant : Garçon de 3250 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : le 25 mars, légère congestion pulmonaire droite. Guérison le 27. Cicatrice excellente.

Date de sortie le 11 avril 1927.

B. — En 1929 : Examen à l'entrée : 3^e grossesse ayant évolué normalement.

Indication opératoire : O. C. itérative en raison des antécédents.

Date de l'opération : le 23 février à terme après 7 heures de travail, œuf non ouvert.

Opérateur : Dr Grosse.

Anesthésie : rachi à la scurocaïne 0 gr. 12. Bon résultat.

Technique opératoire : O. C. itérative S. S. Après ouverture du ventre on ne voit nulle trace sur le S. I. de l'O. C. S. S. précédente. Feuillet péritonéal mobile sur l'utérus. Pas de traces de suture du péritoine ou de la suture utérine. Décollement péritonéal et incision de l'utérus faciles, comme s'il n'y avait jamais eu de césarienne. Liquide amniotique abondant et vert. Extraction d'un enfant qui crie aussitôt (par expression manuelle sans forceps). L'utérus très rétracté au niveau du corps utérin, ne saigne pas. Délivrance artificielle. Suture utérine en 2 plans de catgut et suture du péritoine comme de coutume. Adhérences de l'extrémité de l'épiploon à la paroi.

Enfant : masculin de 2830 gr. Bon état physique. Chevauchement des pariétaux.

Suites opératoires : Bonnes.

Date de sortie : le 25 mars 1929.

C. — En 1931 : Examen à l'entrée : 4^e grossesse à terme.

Indication opératoire : césarienne itérative en raison des antécédents.

Date de l'opération : le 25 septembre 1931, au début du travail, œuf non ouvert.

Anesthésie : rachi par percaïne 10 cc. de solution à 1/1500.

Opérateurs : Drs Grosse et Leroux.

Technique opératoire : O. C. Itérative S. S. Le décollement du feuillet péritonéo-vésical est assez facile malgré quelques adhérences vésico-utérines. On ne trouve aucune autre adhérence résultant des opérations précédentes. Incision de l'utérus. Enucléation de l'enfant. Délivrance par expression. Suture utérine en 2 plans. Le défaut d'élasticité

du péritoine du S. l. épais, rigide et grisâtre, empêche le recouvrement en « redingote » de la suture utérine. Néanmoins, péritonisation complète.

Enfant : masculin de 2770 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : au cours du pansement la femme présente des accidents lipothymiques ; malaises, nausées, décoloration de la peau et des muqueuses, pâleur extrême du visage. Pouls à 60, petit ; mouvements respiratoires superficiels. Etat inquiétant pendant une heure, malgré les tonocardiaques et la lobéline, Etat lipothymique provoqué probablement par le redressement trop brusque du Trendlenburg au plan horizontal.

Suites éloignées : Bonnes. Guérison. Paroi abdominale excellente.

Date de sortie : le 14 octobre 1931.

Obs. 29. — Mme L... Jeanne (4 césariennes + hystérectomie).

Antécédents généraux :

Antécédents obstétricaux : En mai 1924, 1^{re} O. C. corporéale pour bassin plat rachitique. Enfant vivant (?)

TROIS OPÉRATIONS CÉSARIENNES SUPRA-SYMPHYSAIRES ITÉRATIVES

A. — En 1926 : Examen à l'entrée à la M. C. : 2^e grossesse à terme et début de travail le 5 février 1926. Présentation céphalique. Bassin plat. Existence d'un faux promontoire aux dépens des IV et VI. Pas d'engagement. Tête fœtale dans la fosse iliaque gauche.

Indication opératoire : O. C. itérative S. S. en raison des antécédents du bassin plat.

Date de l'opération : Le 5 février 1926 après 3 h. de travail. Poche des eaux intacte.

Anesthésie : Générale au chloroforme.

Opérateur : D^r Grosse.

Technique opératoire : Cathétérisme vésical évacuateur. Incision médiane sous-ombilicale. Ouverture du péritoine pariétal. Incision transversale du péritoine viscéral au-dessus de la ligne de réflexion vésico-utérine. Décollement de la séreuse en haut et en bas. Incision longitudinale du S. I. Extraction au forceps d'un enfant vivant. Délivrance artificielle. Hémorragie abondante par la plaie utérine. Suture de l'utérus en un plan au catgut. Péritonisation du S. I.

Enfant : masculin de 3160 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : femme choquée. Pouls satisfaisant, mais on fait des tonicardiaques et du sérum physiologique. Les jours suivants, évacuation de caillots avec les injections vaginales. La température monte à 38°5. La cicatrice est normale. On fait abcès de fixation, etc... Guérison le 19^e jour.

Date de sortie : le 26 mars 1926.

B. — En 1927 : Examen à l'entrée : En septembre 1927, 3^e grossesse à terme. Présentation O. I. G. A. élevée.

Indication opératoire : O. C. S. S. itérative en raison des antécédents.

Date de l'opération : le 8 septembre 1927.

Opérateur : D^r Leroux.

Anesthésie : (?)

Technique opératoire : O. C. S. S. Après ouverture de la paroi on ne retrouve aucune trace des 2 incisions utérines précédentes. Pas d'adhérences péritonéales. Le feuillet péritonéal du S. I. est mobile comme normalement. Le décollement péritonéo-vésical s'opère sans difficulté. Le lambeau péritonéal supérieur est court, le péritoine est adhérent au niveau de sa limite supérieure. Le S. I. lui-même est plus tendu. Incision de l'utérus sur le S. I. Extraction de la tête au forceps, la tête fœtale n'ayant pu être extraite par énucléation en raison de sa situation latérale vers la fosse iliaque gauche, et la brièveté de l'incision utérine (celle-ci

est limitée en haut de façon à entamer le moins possible le corps utérin). Délivrance artificielle. Après celle-ci hémorragie de la zone d'insertion placentaire (inertie utérine). L'hémorragie cesse avec injection d'ergotine. Suture du S. I. en 2 temps, au catgut. Péritonisation à l'aide du lambeau inférieur comme de coutume. Le lambeau supérieur étant adhérent, l'incision n'est pas complètement recouverte en haut par le lambeau inférieur. On peut cependant le péritoniser : le feuillet péritonéal utérin, adhérent sur la ligne médiane, mais mobile latéralement, n'a pu être amené au-dessus de l'incision utérine. Fermeture de la paroi.

Enfant : Féminin de 3370 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : un peu de fièvre les 14 et 15^e jours. Guérison.

Date de sortie : le 8 octobre 1927.

C. — En 1930 : Examen à l'entrée : 4^e grossesse ayant évolué normalement. Entre à la M. C. le 25 avril 1930 à terme, au début du travail, vers 9 heures. A 14 h. 30 rupture spontanée des membranes.

Indication opératoire : O. C. itérative basse en raison des antécédents et de l'E. A.

Date de l'opération : le 25 avril 1930 à 15 h. 30. Œuf ouvert spontanément depuis une heure. Pas de travail.

Opérateur : Dr Grosse.

Anesthésie : raché avec 2 cc de scurocaïne à 4 %. Bon résultat.

Technique opératoire : O. C. S. S. Dès l'ouverture du ventre on remarque en haut, au-dessus de l'ombilic des adhérences épiploïques à la paroi, reliquats de la 1^{re} O. C. déjà repérés aux 2^e et 3^e O. C. En bas, adhérences fibreuses, serrées, résistantes, unissant le S. I. à la face interne de la paroi abdominale par une symphyse abdomino-utérine constituant une véritable hystéropexie. Pendant la grossesse on avait constaté que l'utérus était haut situé et fixé à la paroi abdominale comme par une hystéropexie. Le développement

de l'utérus s'est fait sans difficulté. Les adhérences limitées au S. I. constituent une attache isthmique. Après agrandissement par en haut de l'incision abdominale et libération des adhérences épiploïques, l'utérus est basculé hors du ventre et incisé sur la face antérieure. Extraction d'un enfant criant aussitôt. Le placenta se décolle vite et fait saillie dans l'ouverture utérine, gêne les manœuvres. Fermeture de l'utérus par pince de Museux et après libération des adhérences du S. I. hystérectomie sub-totale. Le col utérin est fermé par des points de catgut en X. Péritonisation atypique du moignon utérin, car petite quantité de péritoine libre à ce niveau. Fermeture du ventre sans drainage.

Pièce : l'incision utérine a porté sur la ligne médiane de la face antérieure du corps et du fond utérin. On ne voit pas la trace à l'extérieur de l'incision de la 1^{re} O. C. Cependant sur la face interne de l'utérus, au niveau de la zone d'insertion placentaire, on voit une plaque grise, d'aspect scléreux qui semble provenir de la cicatrice de la 1^{re} O. C. On prélève à ce niveau des coupes de la paroi pour examen histologique. La paroi utérine est très épaisse. Le muscle crie à la coupe. Y a-t-il régénérescence musculaire ou persistance de tissu fibreux ? Trompe et ovaire normaux. Corps jaune gravidique à l'O. droit.

Enfant : féminin de 2960 gr. Bon état physique.

Suites opératoires : Bonnes. Guérison.

Date de sortie : le 24 mai 1930.

CONCLUSIONS

1° 29 observations d'opérations césariennes basses itératives nous ont permis d'étudier les particularités de la répétition de cette opération ;

2° Les indications sont les mêmes que lors d'une première O. C. En cas de bassin rachitique « limite », indication la plus fréquente, il est possible, le cas échéant, de répéter l'épreuve du travail grâce à la solidité de la cicatrice segmentaire ;

3° Les lésions relevées sont :

pariétales : éventrations partielles (rares) ;

péritonéales : adhérences utéro - péritonéales, utéro-épiploïques (brides épiploïques), intestinales (rares) ;

segmentaires : péritonéales : épaissement, manque de souplesse, adhérences.

Vessie attirée sur le S. I. et le recouvrant.

Utérus : cicatrice conjonctive en général solide mais parfois très amincie.

4° La plupart de ces opérations ont été faites sous rachi-anesthésies réitérées ;

Dans quelques cas, il semble que l'anesthésie ait été moins parfaite que la première fois.

La plupart du temps, ces rachi-anesthésies ont été excellentes, en tous points, comparables à la première rachi. Un seul accident immédiat et bénin a été relevé.

5° La technique opératoire, identique dans ses grandes lignes à celle de la première hystérotomie basse, comporte, en raison des lésions adhérentielles ou cicatricielles post-opératoires, quelques précautions particulières : résection de la cicatrice cutanée et aponévrotique, ouverture prudente du péritoine, libération des adhérences entre l'utérus et les organes voisins (paroi, épiploon, anses intestinales) ;

6° Le S. I. est comme rétréci par le fait de la première O. C. S. S. Conséquence : le péritoine manque de souplesse ; la zone décollable est moins facile à libérer et moins étendue. L'incision utérine le dépasse souvent et mord sur la partie basse du corps utérin ;

Cependant la reconstitution des plans utérins et péritonéaux est possible, bien que souvent atypique ;

7° La césarienne basse peut être faite sans inconvénient après une ou plusieurs césariennes hautes.

8° Les suites opératoires sont, en général très bonnes. Notre statistique comporte une mortalité fœtale de moins de 3 % ; une mortalité maternelle nulle.

La morbidité est, en général, beaucoup plus réduite que lors de la première O. C., ce qui s'explique surtout par le fait que les femmes averties par leur première expérience sont opérées plus tôt et moins exposées aux manœuvres septiques, comme lors de la première O. C.

9° Les faits anatomiques, cliniques et opératoires relevés dans cette étude, plaident fortement en faveur de la césarienne basse. En raison de la situation segmentaire de l'hystérotomie avec péritonisation double parfaite, la césarienne basse laisse peu de lésions consécutives. Grâce à cela, elle a pu, en cas de nécessité, être réitérée deux, trois ou quatre fois sans difficulté technique sérieuse, ni danger réel.

Elle a donc définitivement acquis en chirurgie obstétricale une place de choix dans le traitement de la dystocie.

Vu, le Doyen
BALTHAZARD

Vu, le Président de la thèse
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ARTÉAGE, PRESNO. — Doble operacion cesara por pelvis obliqua coxalgica (*Rev. med. y cirurg. de la Habana*, 1917, XXII, p. 587).

BALDASSRA. — Sedondo parto cesareo con amputazione utero ovarica (*Puglia ped. Bari*, 1898, VI, p. 87).

BAR, BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — Suite de la discussion sur la conduite à tenir quand, au cours d'une césarienne itérative, on rencontre une lésion utérine due à l'opération antérieure (*Bull. Soc. Obst. et de Gyn. de Paris*, 1914, III, p. 610).

BELL. — Caesarian section success fully performed twice in the same patient (*Lancet*, London 1910, II, p. 1241).

BENOIT. — De la césarienne itérative (*Thèse Montpellier*, 1912).

BOISSARD. — Question à propos d'une opération césarienne itérative; la volonté de la mère doit-elle être prépondérante dans le choix de l'opération (*Bull. Soc. Obst. de Paris*, 1905, VIII, p. 287).

BOQUEL. — Opération césarienne faite pour la seconde fois chez une rachitique (*Bull. Soc. Obst. de Paris*, 1904, VII, p. 44).

BOYD. — Report of six sucess full cesarean sections with some remarks on the repeated operation (*Amer. journ. obst.*, N. Y., 1909, LX, p. 289).

BRAUN FERNWALD. — Wiederholter kaiserch nitt in einem falle hoehgradiger spondylo listhesis (*Zentz. f. gyn.*, Leipzig, 1898, XXII, p. 489).

BRINDEAU. — Des difficultés de l'opération césarienne répétée chez la même femme (*L'Obst.*, Paris, 1909. N. S. II, p. 36).

CALLEJO Paul. — *Thèse d'Alger*, 1932.

CHARPENAY. — Opération césarienne itérative 3^e suivie de la section et de la ligature des trompes (*Loire Méd.*, St-Etienne, 1908, XXVII, p. 198).

CHEVAL. — Césarienne itérative dans un cas d'utérus et vagin cloisonnés (*Brux. méd.*, n° 38, 20 juillet 1930).

DELMAS. — Opération césarienne itérative 40 heures après le début du travail et 30 heures après la rupture des membranes (*Bull. Soc. Obst.*, de Paris, 1911, XIV, p. 551).

DUJOL. — Césarienne itérative du segment pour bassin oblique ovalaire de Naegele (*La Loire méd.*, n° 6, juin 1929, p. 249).

ELTEN. — Ein beitrage zum wiederholten kaiserschmitt (*Erlangen*, 1910).

WARD. — Multiple cesarean section (*Pacific coast journ. nurs.* San-Francisco 1918, XIV, p. 232).

FOURNIER-RASCOL. — Césarienne itérative (*Soc. Obst. et gyn.*, Toulouse, 2 novembre 1924).

FOURNIER. — Césarienne itérative 3^e fois suivie d'hystérectomie sub-totale ; étude histologique de la cicatrice (*Bull. Soc. d'Obst. et de gynéc.*, 18, 185, février 1929).

GAUCHERAND. -- Présentation d'un utérus après opérations césariennes multiples (*Bull. Soc. d'Obst. et de gyn.*, 18 ; 228. Mars 1929).

LUDOWICI. — Caeseran section of the same patient on two separate occasion with an interval on three years (*Med. journ. Australia*, Sydney 1916, II, p. 273).

MARION. — Une césarienne classique itérative (*Union méd. du Canada*, n° 3, mars 1930, t. LIX, p. 147).

MARIOTON. — Le pronostic éloigné de l'opération césarienne classique à propos d'une série de 23 opérations césariennes classiques itératives (*Arch. mens. d'Obst. et de gyn.*, de Paris, 1912, p. 276).

MARKOE. — Cesarean section following a previous extra paritoneal caesarean section (*N. Y. med. journ.*, 1919, CIX, p. 1022).

MURPHY. — A second caesarean section (*Indian med. Gazz.*, Calcutta 1915, p. 337).

NICOLOFF Théodore. — *Thèse de Lyon*, 1932.

PAUCOT. — Un cas de césarienne itérative (*Bull. Soc. Obst. et de gyn.*, Paris, 1912, p. 634).

PINARD. — 2 opérations césariennes pratiquées chez la même femme pour 2 présentations du front (*C. R. Soc. Obst. de gyn. et de péd. de Paris*, 1909, XI, p. 61).

PLAUCHU. — Op. césarienne pratiquée pour la 4^e fois chez une femme, hystérectomie subtotala (*Lyon méd.*, 1931, CXXI, p. 801).

SCHOCKAERT. — 3 op. césariennes pratiquées sur la même femme dans l'espace de 8 ans (*Bull. Soc. Belge de gyn. et d'obst.*, Bruxelles, 1911, p. 70).

SPENGER. — Casearean section three times on the same patient (*Lancet*, London, 1918, II, p. 778).

TALLANT. — Repeated cesarean section in septate uterus (*Atlantic M. J.*, 29 779. Août 1926).

TAYLOR. — Fallopian tubes ligatured twice previous operations and removed in the case of a 3th caesarean section (*Brit. Journ. gyn.*, London 1904, XX, p. 338).

TROUTT. — Repeated cesarean section with report of case (*Mil. Surg.*, 61.200, août 1927).

K. VON LEHOEZY-SEMMELWEIS. — Report cesarean section (*Arch. gyn.*, 127 : 237. 1925. *J. Am. A.*, 86.520. 13 février 1926).

VORON, TIXIER. — Opération césarienne itérative pratiquée 3 ans après la première intervention (*Lyon méd.*, 1907).

VOITURIEZ, BONNET, LABORDERIE. — A propos de 2 cas de C. I. conservatrice (*Bull. Soc. Obst. et de gyn. de Paris*, 1914, III, p. 696).

